



联合国
粮食及
农业组织

Food and Agriculture
Organization of the
United Nations

Organisation des Nations
Unies pour l'alimentation
et l'agriculture

Продовольственная и
сельскохозяйственная организация
Объединенных Наций

Organización de las
Naciones Unidas para la
Alimentación y la Agricultura

منظمة
الغذية والزراعة
للأمم المتحدة

F

COMITÉ FINANCIER

Cent quatre-vingt-dix-neuvième session

Rome, 20-24 mai 2024

Évaluation actuarielle des obligations relatives au personnel – 2023

Pour toute question relative au contenu du présent document, prière de s'adresser à:

M. Aiman Hija
Directeur de la Division des finances et Trésorier
Tél.: +39 06570 54676
Courriel: Aiman.Hija@fao.org

Les documents peuvent être consultés à l'adresse www.fao.org.

RÉSUMÉ

- Le présent document fournit au Comité financier (ci-après «le Comité») des informations à jour sur les résultats préliminaires de l'évaluation actuarielle des obligations de l'Organisation au titre des plans de prestations en faveur du personnel (ci-après «les plans»), au 31 décembre 2023. Il comporte trois sections:
 - La section I – *Introduction* – présente les plans, qui prévoient des prestations spécifiques pour le personnel à la cessation de service et en cas de maladie ou d'accident lié au travail. On y explique également l'objectif des évaluations actuarielles annuelles.
 - La section II – *Résultats des évaluations actuarielles* – fait le point sur l'ensemble des obligations liées à ces plans au 31 décembre 2023, 2022 et 2021 et présente les principales hypothèses utilisées pour ces évaluations. En 2023, le montant total des obligations au titre des plans a diminué de 10,4 millions d'USD, puisqu'il est passé de 992,7 millions d'USD au 31 décembre 2022 à 982,3 millions d'USD au 31 décembre 2023. Les différentes raisons de cette diminution sont expliquées dans la même section.
 - La section III – *Situation financière actuelle* – indique le montant total des obligations, comptabilisées et non comptabilisées, ainsi que le montant total des obligations nettes inscrites au bilan au titre des plans, sur la base des évaluations actuarielles; elle présente également le montant total des obligations financées et non financées au 31 décembre 2023, 2022 et 2021, respectivement. Au 31 décembre 2023, le montant total des obligations non financées s'élevait à 374,2 millions d'USD, contre 458,6 millions d'USD au 31 décembre 2022. À la suite de la demande formulée par le Comité à sa 198^e session, en novembre 2023, on trouve dans cette section des informations actualisées sur les mesures de maîtrise des coûts et sur les solutions permettant de réduire le déficit de financement concernant les obligations au titre de l'assurance-maladie après cessation de service.

INDICATIONS QUE LE COMITÉ FINANCIER EST INVITÉ À DONNER

- Le Comité est invité à prendre note des résultats de l'évaluation actuarielle de 2023 et de la situation financière présente, ainsi que de la comptabilisation et du financement des obligations qui incombent à l'Organisation au titre des plans en faveur du personnel au 31 décembre 2023.
- Le Comité est invité à prendre acte des efforts qui sont déployés pour étudier d'autres stratégies et solutions qui permettraient de financer les obligations relatives au personnel et à fournir des orientations à ce sujet.

Projet d'avis

Le Comité:

- **a noté que, au 31 décembre 2023, le montant total des obligations relatives au personnel s'élevait à 932,3 millions d'USD, soit une diminution nette de 10,4 millions d'USD par rapport à l'évaluation actuarielle arrêtée au 31 décembre 2022;**
- **a constaté que, malgré la diminution du montant total des obligations, le financement des obligations au titre de l'assurance-maladie après cessation de service (AMACS) présentait toujours un important déficit;**
- **a accueilli avec satisfaction les informations actualisées fournies au sujet des mesures de maîtrise des coûts et des propositions visant à réduire le déficit de financement de l'AMACS et a noté que le secrétariat lui présenterait, à une session ultérieure, une analyse plus approfondie.**

I. Introduction

1. La FAO (ci-après «l'Organisation») dispose de cinq plans (ci-après «les plans») prévoyant des prestations en faveur du personnel, soit à la cessation de service, soit en cas de maladie ou d'accident du travail. Ces plans sont les suivants:

- Régime des indemnités pour cessation de service (RICS) – Les dispositions de ce régime ne s'appliquent qu'aux fonctionnaires des services généraux en poste au siège, à qui ces indemnités sont versées au moment où ils quittent le service de l'Organisation ou en cas de promotion à un poste du cadre organique.
- Fonds des indemnités de départ (FID) – Il comprend les indemnités payables au personnel au moment de la cessation de service, notamment la prime de rapatriement, les frais du voyage de rapatriement et du déménagement, le versement en compensation des jours de congé annuel acquis et non pris et, le cas échéant, l'indemnité de licenciement ou le capital-décès.
- Assurance-maladie après cessation de service (AMACS) – L'AMACS est un plan d'assurance-maladie destiné aux fonctionnaires retraités et aux membres de leur famille qui remplissent certaines conditions d'admissibilité. L'équivalent de l'AMACS pour les fonctionnaires en activité est le plan général d'assurance médicale (BMIP). L'AMACS et le BMIP couvrent le remboursement partiel de certains frais (hospitalisation, soins médicaux, soins dentaires, psychiatrie, physiothérapie, soins palliatifs, verres correcteurs), sous réserve de diverses limitations et exclusions. Les primes de l'AMACS sont partagées nominale ment entre les fonctionnaires retraités et l'Organisation.
- Assurance-maladie après cessation de service – personnel recruté localement (AMACS-L) – L'AMACS-L est un autre plan, destiné aux membres du personnel en activité recrutés sur le plan national après le 30 septembre 2016 et qui sont en poste dans des lieux d'affectation autres que ceux classés dans la catégorie H (siège). Les modalités de ce plan ont été ratifiées par l'Organisation en 2023, qui s'applique rétroactivement à partir du 1^{er} janvier 2022. Au 31 décembre 2023, aucun retraité ne remplissait les conditions de l'AMACS-L. Auparavant, les membres du personnel en activité relevant du régime de couverture médicale du personnel recruté sur le plan national étaient considérés comme de futurs hypothétiques participants à l'AMACS, dans l'attente de la création d'un régime distinct. Ainsi, lorsque l'AMACS-L a été créée, ces membres du personnel ont été déplacés du régime général vers ce nouveau régime d'assurance-maladie au 31 décembre 2023. Étant donné le petit nombre de participants à l'AMACS-L, les évaluations concernant ces personnes ont été faites en utilisant les hypothèses et les dispositions de l'AMACS;
- Fonds de réserve du plan d'indemnisation du personnel (FRPI) – Ce fonds vise à assurer certaines prestations aux fonctionnaires et aux membres du personnel non fonctionnaires (y compris les consultants et les personnes employées au titre d'un accord de services personnels [PSA]) en cas d'accident, de maladie ou de décès imputables à l'exercice de leurs fonctions au service de l'Organisation. Ces prestations comprennent le versement d'une rente ou d'une somme forfaitaire en cas de décès ou d'invalidité (qui s'ajoute aux prestations de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, le cas échéant) et le remboursement des dépenses médicales, frais d'hospitalisation et autres coûts directement liés au préjudice subi, dans une mesure raisonnable.

2. Tous les plans susmentionnés sont traités par l'Organisation comme des régimes à prestations définies. Pour se conformer aux exigences en matière de publication de l'information financière, l'Organisation confie chaque année à une société extérieure d'actuaire l'évaluation de tous les plans, afin:

- a) de déterminer ses obligations globales au titre des plans;
- b) d'établir les dépenses annuelles requises pour le fonctionnement des plans;

- c) de calculer les taux de contributions recommandés pour financer intégralement les obligations;
- d) de disposer des informations nécessaires pour établir les états financiers réglementaires.

3. Les évaluations actuarielles de 2023, 2022 et 2021 ont été réalisées par Aon Hewitt (www.aon.com). Le présent document, qui se réfère aux résultats de l'évaluation actuarielle arrêtée au 31 décembre 2023, décrit la situation financière actuelle ainsi que la comptabilisation et le financement des obligations de l'Organisation, et fournit des informations au 31 décembre 2022 et 2021, à titre de comparaison.

II. Résultats des évaluations actuarielles

4. On trouvera, au tableau 1, une comparaison de l'ensemble des obligations actuarielles, par plan, au 31 décembre 2023, 2022 et 2021.

Tableau 1

<i>(en millions d'USD)</i>							
Plan	2023	Hausse/ (Baisse)		2022	Hausse/ (Baisse)		2021
		millions d'USD	%		millions d'USD	%	
FRPI	16,0	(2,1)	-11,5%	18,1	(5,0)	-21,7%	23,1
FID	66,7	2,9	4,6%	63,8	(12,0)	-15,9%	75,8
RICS	38,4	1,9	5,3%	36,5	(11,0)	-23,2%	47,5
AMACS	855,4	(19,0)	-2,2%	874,4	(519,0)	-37,2%	1 393,4
AMACS-L	5,8	5,8	n.a.	-	0,0	n.a.	-
Total des évaluations actuarielles	982,3	(10,4)	-1,0%	992,7	(547,1)	-35,5%	1 539,8

5. La diminution nette des obligations actuarielles entre 2023 et 2022 est de 10,4 millions d'USD. Le tableau 1a ci-après présente une ventilation des facteurs de cette diminution, dont le plus déterminant est la variation attendue du montant des demandes de remboursement et des taux d'évolution des dépenses de santé, compensée par une diminution du taux d'actualisation pour les quatre plans:

Tableau 1a

Facteurs d'évolution des plans entre 2022 et 2023	Variations en millions d'USD
Changement attendu, sans nouveaux participants *	32,6
Baisse du taux d'actualisation	44,1
Variation attendue du montant des demandes de remboursement et des taux d'évolution des dépenses de santé	(96,5)
Variation du taux de change de fin d'année EUR/USD	18,8
Versements de prestations comptables nettes différentes de ce qui était attendu en 2023 **	(7,8)
Tous les autres changements concernant l'expérience et les hypothèses ***	(1,6)
Diminution nette totale	(10,4)

* Changement attendu en raison du coût des intérêts et des prestations au titre des services rendus, compensé par la baisse liée aux prestations effectivement versées.
** À l'exclusion de l'incidence de la variation du taux de change au comptant EUR/USD au cours de l'année précédente.
*** Y compris les obligations au titre des nouvelles recrues et les incidences de la baisse de l'inflation générale, des hausses de traitements, des cessations de service et d'autres facteurs démographiques.

6. L'évaluation actuarielle des plans exige que la FAO envisage certaines hypothèses afin d'estimer au mieux le coût de la fourniture des prestations à son personnel. Ces hypothèses sont à la fois démographiques (par exemple: taux de mortalité effectif/estimatif, taux de rotation du personnel, taux de demandes de remboursement au titre des plans d'assurance-maladie) et financières (par exemple: taux d'actualisation, montant futur des traitements et des prestations, dépenses médicales futures). En raison de la variation de ces facteurs, tant internes qu'externes, la FAO et les actuaires conduisent un examen annuel des hypothèses utilisées dans les évaluations actuarielles et procèdent à des ajustements quand ils les estiment nécessaires à la précision du calcul des obligations. Comme la plupart des calculs actuariels, les évaluations annuelles demeurent sujettes à nombre d'incertitudes et d'impondérables. En particulier, le montant des obligations de la FAO au titre des plans est très sensible aux variations du taux de change entre l'euro et le dollar des États-Unis d'Amérique, du taux

d'actualisation et du taux de demandes de remboursement de frais médicaux, ainsi que de l'inflation prévue des dépenses médicales.

7. Les principales hypothèses utilisées dans les évaluations des plans pour 2023, 2022 et 2021 sont présentées au tableau 2.

Tableau 2

Principales hypothèses	2023	2022	2021
Facteurs économiques			
Taux d'actualisation			
AMACS et AMACS-L	4,2 %	4,5 %	2,2 %
RICS	3,2 %	3,8 %	0,7 %
FID	4,3 %	4,6 %	2 %
FRPI	5 %	5,2 %	3 %
Taux d'inflation des frais médicaux	4,45 % en 2024, baisse annuelle de 0,05 % jusqu'à atteindre 3,8 % en 2037 et les années suivantes	4,5 % en 2023, baisse annuelle de 0,05 % jusqu'à atteindre 4,0 % en 2033 et les années suivantes	4,4 % en 2022, baisse annuelle de 0,05 % jusqu'à atteindre 3,85 % en 2033 et les années suivantes
Taux d'inflation général	Varie d'un plan à l'autre (2,1 % - 2,5 %)	Varie d'un plan à l'autre (2,2 % - 2,5 %)	Varie d'un plan à l'autre (2,1 % - 2,5 %)
Taux de change au comptant EUR/USD en fin d'année	1,1099	1,06	1,14

III. Situation financière actuelle

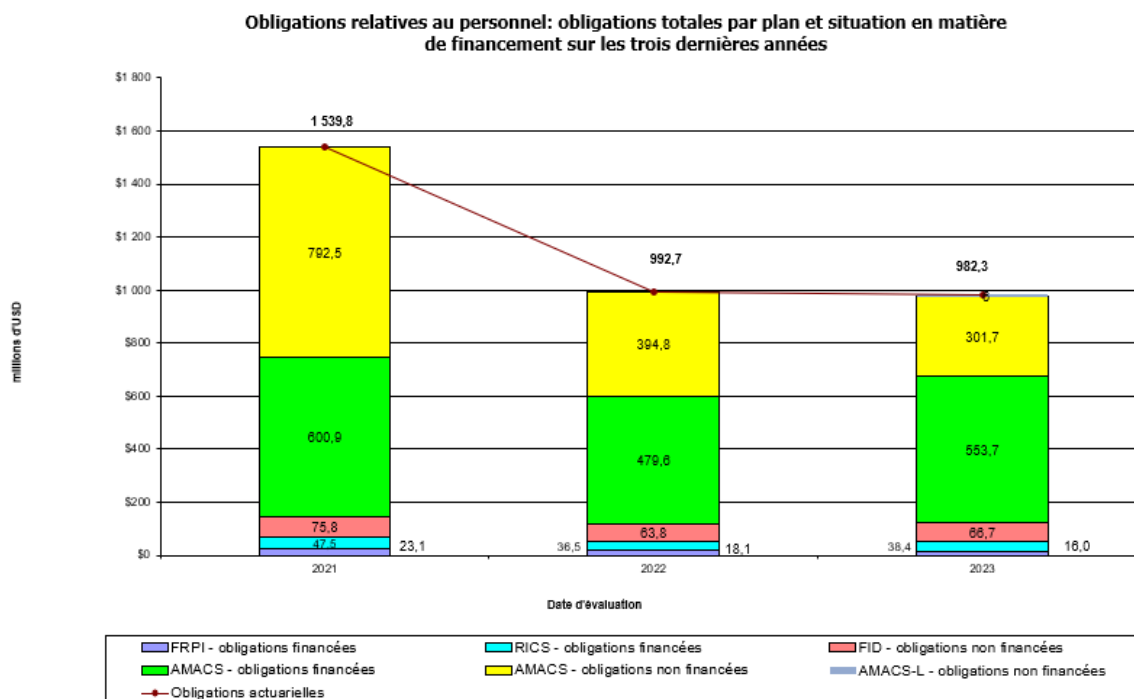
8. Le tableau 3 ci-après indique le montant total des obligations comptabilisées au titre des plans sur la base des évaluations actuarielles, ainsi que le montant total des obligations financées et non financées pour tous les plans, comparé à la juste valeur boursière des placements à long terme affectés à ce financement au 31 décembre 2023, 2022 et 2021, respectivement.

Tableau 3

en millions d'USD	2023	2022	2021
Plan			
Intégralement financé			
FRPI	16,0	18,1	23,1
RICS	38,4	36,5	47,5
Partiellement financé			
AMACS	553,7	479,5	600,9
Total des obligations financées	608,1	534,1	671,5
Financé par:			
Placements à long terme affectés aux plans (à leur juste valeur boursière)	(608,1)	(534,1)	(671,5)
Non financé			
AMACS	301,7	394,8	792,5
AMACS-L	5,8		
FID	66,7	63,8	75,8
Total des obligations non financées	374,2	458,6	868,3
Total des obligations actuarielles	982,3	992,7	1 539,8

9. Les résolutions 10/1999 et 10/2001 de la Conférence prévoient que les placements à long terme et tout revenu qu'ils produisent serviront en premier lieu à financer le RICS et le FRPI de manière que des fonds suffisants soient disponibles pour l'un et l'autre. Ces résolutions prévoient en outre que, au-delà, les placements et les revenus des placements seront affectés d'abord à l'AMACS, puis au FID. Au 31 décembre 2023, le financement tant de l'AMACS que du FID reste insuffisant, comme l'illustre le graphique 1.

Graphique 1

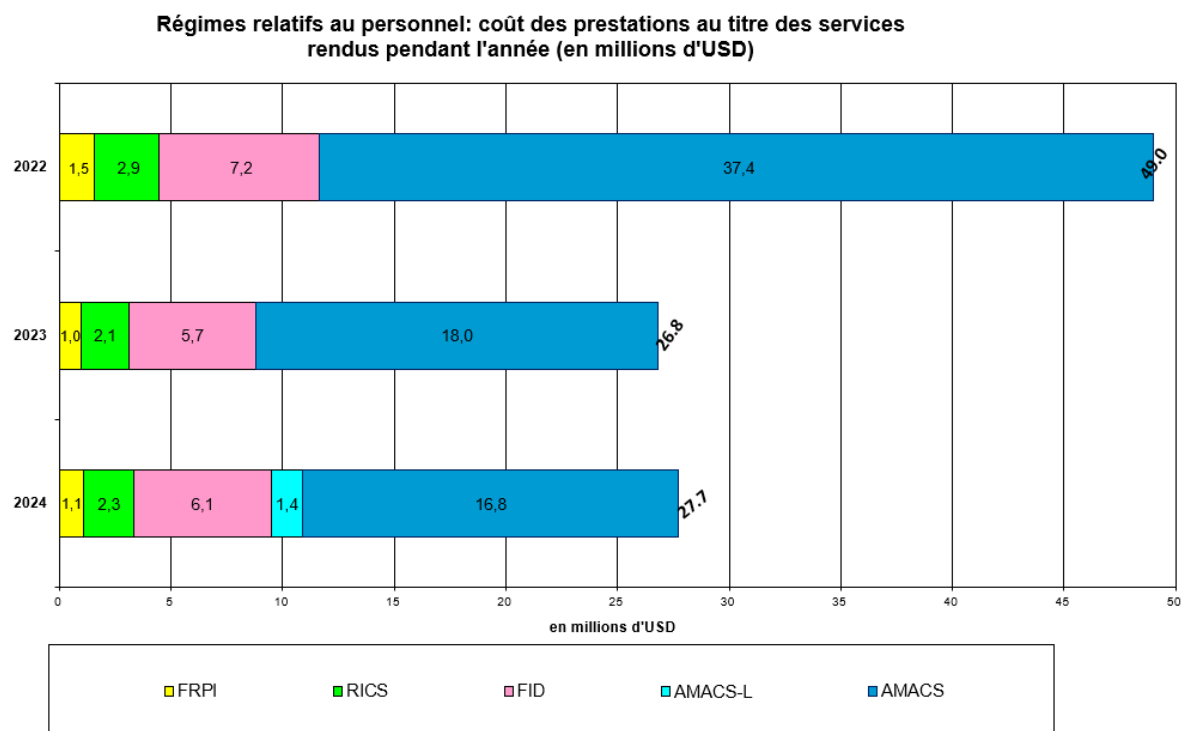


10. En 2023, la valeur comptable des placements à long terme de l'Organisation affectés au financement des obligations liées aux plans est passé de 534,1 millions d'USD au 31 décembre 2022 à 608,1 millions d'USD au 31 décembre 2023 et a ainsi augmenté de 74 millions d'USD. On trouvera de plus amples informations sur ces placements dans le *Rapport sur les placements – 2023* (document FC 199/3).

11. Outre les obligations passées non financées, les prestations au titre des services rendus durant la période visée ont un coût, quel que soit le régime. Le coût de ces prestations est un élément annuel ordinaire des dépenses de personnel, qui correspond aux prestations qui seront versées à l'avenir aux membres du personnel au titre des services rendus quand ils sont en activité. Seule la part du coût des prestations dues au titre des services rendus au cours de la période qui relève du Programme ordinaire est financée sur les crédits budgétaires inscrits au Programme de travail et budget (PTB). Le PTB est élaboré sur la base des dernières estimations disponibles du coût courant de ces prestations, telles qu'établies par les actuaires externes. La part relative aux fonds fiduciaires est imputée aux projets financés par des fonds fiduciaires.

12. Le graphique 2 illustre le coût des prestations au titre des services rendus pour tous les régimes durant la période triennale se terminant le 31 décembre 2024, par année. Ce coût a été calculé à partir des évaluations actuarielles des années précédentes, arrêtées respectivement au 31 décembre des années 2023, 2022 et 2021.

Graphique 2



13. À sa 198^e session, en novembre 2023, le Comité financier «a demandé à la Direction de continuer à étudier, en collaborant étroitement avec l'Organisation des Nations Unies et les organismes du système des Nations Unies, des solutions viables, autres que la réinstauration d'une contribution extraordinaire, qui permettraient de remédier au déficit de financement des obligations au titre de l'assurance-maladie après cessation de service (AMACS) en coordination avec d'autres organisations affiliées au régime commun des Nations Unies, en vue de leur présentation au Comité dès que possible» (CL 174/9, paragraphe 9, alinéa c). On trouvera ci-dessous des informations actualisées sur l'état d'avancement de cet examen, ainsi que sur les stratégies qu'a adoptées l'Organisation pour régler ce problème et le détail des analyses supplémentaires qu'il convient d'effectuer.

14. L'Organisation étudie actuellement les possibilités présentées ci-après afin d'évaluer dans quelle mesure ces solutions, prises séparément ou collectivement, pourraient contribuer à couvrir les amortissements de l'AMACS. Certaines de ces études ont été achevées et sont présentées ci-dessous, tandis que d'autres sont en cours et seront communiquées aux membres lors d'une session ultérieure du Comité financier. Les options à l'étude comprennent:

- i) Les régimes nationaux d'assurance-maladie: un plan d'assurance médicale complet et financièrement plus avantageux pour les retraités qui peuvent bénéficier d'un régime national d'assurance-maladie offrant une couverture de grande qualité;
- ii) Le subventionnement: une politique prévoyant de subventionner en partie ou en totalité la contribution aux systèmes de santé nationaux dans les lieux où les soins médicaux ont un coût élevé;
- iii) La couverture des obligations: la couverture des obligations par un assureur;
- iv) Un prélèvement uniforme sur les contributions volontaires: l'application d'un prélèvement uniforme symbolique de 0,5 pour cent sur les contributions volontaires afin de compléter le financement des obligations pour les services passés au titre de l'assurance-maladie après cessation de service, comme le recommande le Corps commun d'inspection dans le document portant la cote JIU/REP/2023/5;

- v) Un prélèvement uniforme sur le budget du Programme ordinaire: l'application du même supplément de 0,5 pour cent sur le budget du Programme ordinaire qui est proposé dans la solution iv ci-dessus;
- vi) Les pratiques optimales dans le système des Nations Unies: examen des autres pratiques optimales au sein des organisations du système des Nations Unies, y compris des études comparatives des politiques de financement des investissements, ainsi qu'une étude de la gestion de trésorerie.

15. **Régimes nationaux d'assurance-maladie et subventionnement:**

i) **Programme «Medicare» des États-Unis d'Amérique et subventionnement:**

L'Organisation continue à étudier les solutions permettant de maîtriser les coûts des prestations versées à ses retraités au titre des soins de santé en intégrant les régimes nationaux d'assurance-maladie, ou un équivalent, dans l'AMACS. Compte tenu des recommandations d'un cabinet de conseil externe, des pratiques optimales au sein d'autres organisations des Nations Unies et après approbation du Comité consultatif de la FAO sur la couverture médicale (FAC/MC), une initiative pilote visant à intégrer le régime national d'assurance-maladie des États-Unis d'Amérique (appelé Medicare) a été lancée en 2024, en tant que projet pilote.

- ii) Ce projet pilote aura d'importants avantages financiers pour les retraités de la FAO et pour l'Organisation. Le régime Medicare sert de couverture principale tandis que l'AMACS est une couverture secondaire et complémentaire pour les frais médicaux engagés aux États-Unis. Ces plans prennent en charge respectivement 80 pour cent et 15 pour cent des dépenses. En 2022, les prestations versées à 380 retraités et aux personnes à leur charge résidant aux États-Unis d'Amérique et couverts par l'AMACS se sont élevées à 5,8 millions d'USD, soit environ 18 pour cent du total de prestations versées aux retraités cette même année (31,3 millions d'USD). Des coûts aussi élevés ne sont pas rares aux États-Unis, et les retraités de la FAO continueront à s'acquitter de frais médicaux importants chaque année.
- iii) La réduction annuelle des coûts liée à la souscription volontaire des retraités de la FAO au régime Medicare avant ce projet pilote a été estimée à 2,1 millions d'USD. Les analyses montrent également que, si l'Organisation avait imposé à tous les retraités actuels de la FAO de s'affilier au régime Medicare dès qu'ils en avaient eu le droit, cela aurait permis d'économiser 3,8 millions d'USD chaque année (soit 1,7 million d'USD d'économies annuelles supplémentaires par rapport à aujourd'hui).
- iv) Vu l'importance des avantages qu'il y aurait à préconiser aux retraités étasuniens de choisir Medicare comme régime de couverture principal, l'Organisation a tenu plusieurs réunions-débats avec les retraités de la FAO et publié des documents de politique et de procédure connexes à l'occasion du lancement du projet pilote. Le projet pilote a été accueilli favorablement par les retraités de la FAO lors des initiatives de communication organisées par la Division des ressources humaines de la FAO en mars 2024. De précieux enseignements pourraient être tirés de ce projet, ce qui faciliterait les futures intégrations à l'AMACS de régimes nationaux d'assurance-maladie dans d'autres pays où les frais de santé ont un coût élevé.
- v) La direction a mené des études préliminaires afin d'évaluer les économies qui pourraient être réalisées en encourageant l'affiliation au régime Medicare moyennant une subvention des primes aux retraités ressortissants des États-Unis qui bénéficieraient de cette couverture. Cette initiative facultative a vu le jour en février 2024. La direction estime qu'il faudra attendre au moins un an pour disposer de données permettant d'évaluer la réduction réelle des coûts liée à cette initiative; elle présentera alors ces résultats lors d'une prochaine session du Comité financier.

16. **Couverture des obligations par un assureur:** Les responsables de régimes de retraite à prestations déterminées ont racheté tout ou partie des engagements des retraités actuels en effectuant un versement unique à une compagnie d'assurance, prélevé sur les actifs du régime. L'Organisation a

externalisé la réalisation d'une étude de faisabilité sur la couverture par un assureur des obligations au titre des soins de santé. Selon l'analyse effectuée, l'assurance pour les obligations est considérée comme inadaptée à la FAO en raison des deux facteurs suivants.

- i) Les obligations actuelles au titre de l'AMACS correspondent aux prestations d'AMACS acquises à ce jour pour les retraités actuels (y compris les personnes à leur charge et leurs ayants droit après décès) et le personnel en activité ayant droit de prendre sa retraite, auxquelles s'ajoute une régularisation depuis la date d'embauche jusqu'à la date à laquelle les autres membres du personnel en activité ont le droit de prendre leur retraite. Les obligations correspondent donc aux prestations à verser à un horizon pouvant atteindre 50 ans ou plus. La couverture des obligations au titre de l'AMACS impliquerait pour l'Organisation de déterminer contractuellement avec un assureur les prestations qui seraient prises en compte. Cela limiterait l'accès des retraités ayant fait l'objet d'un rachat aux nouveaux traitements médicaux et aux nouvelles technologies qui, à long terme, vont devenir disponibles. Ce serait en plus une source d'inégalités entre leurs prestations et celles du personnel en activité, ce qui ferait de l'Organisation un employeur non compétitif au sein du système des Nations Unies.
- ii) Vu la durée des obligations liées à l'AMACS et le degré élevé d'incertitude qui entoure les demandes de remboursement de frais médicaux et les coûts médicaux futurs, le marché des rachats de prestations similaires est faible, voire inexistant. L'absence d'accès à un marché concurrentiel se traduit par le fait que tout soumissionnaire potentiel exigerait une forte majoration par rapport aux obligations actuelles, qui ne pourrait pas être financée par la base d'actifs disponible.

17. **Prélèvements uniformes sur les contributions volontaires:** Lors d'un examen récent de la gestion et de l'administration de la FAO par le Corps commun d'inspection, ce dernier a recommandé que le Conseil demande au Directeur général de présenter une proposition visant à instaurer, d'ici à la fin de l'année 2024, un prélèvement symbolique uniforme sur les contributions extrabudgétaires (par exemple de 0,1 à 0,5 pour cent de leur valeur totale) afin de compléter le financement des obligations pour les services passés au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service qui a déjà été accumulé au moyen des contributions ordinaires et des intérêts courus dessus. Afin de donner suite à cette recommandation, la direction a chargé ses actuaires externes de modéliser cinq scénarios de financement de l'AMACS. Les cinq scénarios postulent que les paiements destinés à couvrir les coûts des prestations au titre des services rendus ont été versés au plan et que la base d'actifs disponibles génère le même pourcentage de rendement que le taux d'intérêt appliqué aux obligations. Pour chacune des propositions suivantes, les effets sur le ratio de financement de l'AMACS ont été quantifiés sur une période de 30 ans:

- i) Scénario n° 1 (de référence): ne pas payer d'amortissement;
- ii) Scénario n° 2 (atteindre un taux de financement de 90 pour cent dans 30 ans): quantification du montant des paiements d'amortissement, à compter de 2024, nécessaires pour atteindre l'objectif d'un taux de financement de 90 pour cent au 31 décembre 2053;
- iii) Scénario n° 3 (annuités d'amortissement de 0,5 pour cent sur les contributions volontaires): prélèvement équivalent à 7,5 millions d'USD par an sur la base de contributions volontaires annuelles estimées à 1,5 milliard d'USD, qui doit être approuvé à partir de 2026, jusqu'en 2053, avec quantification du ratio de financement qui serait atteint au 31 décembre 2053;
- iv) Scénario n° 4 (payer des annuités d'amortissement à hauteur de 0,5 pour cent de l'actuel budget annuel du Programme ordinaire): prélèvement équivalent à 2,55 millions d'USD par an sur la base de l'actuel budget annuel de 511 millions d'USD, qui doit être approuvé à partir de 2026, jusqu'en 2053, avec quantification du ratio de financement qui serait atteint au 31 décembre 2053;
- v) Scénario n° 5: quantification du ratio de financement qui serait atteint au 31 décembre 2053 en augmentant le montant des paiements d'amortissement à 10,05 millions d'USD par an à partir de 2026, en appliquant les scénarios n° 3 et n° 4 ci-dessus.

18. On trouvera dans le tableau 4 ci-après les résultats de ces études.

Tableau 4

Synthèse des résultats des projections de financement au 31 décembre 2023			
Scénario	Amortissement annuel, en millions d'USD	Première année de paiement de l'amortissement	Projection du ratio de financement au 31 décembre 2053
Scénario n°1 (de référence)	0,0	Non applicable	40%
Scénario n°2 (atteindre un taux de financement de 90 pour cent dans 30 ans)	14,1	2024	90%
Scénario n°3 (amortissements de 7,50 millions d'USD à partir de 2026)	7,5	2026	64%
Scénario n°4 (amortissements de 2,55 millions d'USD à partir de 2026)	2,6	2026	48%
Scénario n°5 (amortissements de 10,05 millions d'USD à partir de 2026)	10,1	2026	72%

19. Selon les résultats de l'analyse effectuée, le montant des prestations versées augmentera à l'avenir en raison de la hausse attendue des dépenses médicales par personne, tandis que le coût actuel des prestations au titre des services rendus durant la période, financé par les crédits budgétaires et imputé aux projets financés par des fonds fiduciaires, est très sensible au taux d'actualisation. Étant donné la hausse sensible de ce taux en 2022, on observe une forte dissociation de ces deux sources de variations ayant une influence sur la valeur des obligations au titre de l'AMACS.

20. Les résultats du scénario n° 1 indiquent que le coefficient de capitalisation devrait diminuer à l'avenir. Cette évolution est prévisible car les obligations non financées devraient augmenter avec les intérêts chaque année si la FAO ne verse aucun amortissement.

21. Dans le scénario n° 2, des annuités d'amortissement de 14,1 millions d'USD devraient permettre d'atteindre un taux de financement de 90 pour cent au 31 décembre 2053. Les autres scénarios se situent entre les scénarios 1 et 2. Ils prévoient donc des coefficients de capitalisation de financement intermédiaires. Le scénario n° 3 en particulier, qui produirait le même montant de financement que la contribution imposée aux États membres pour financer l'AMACS qui a représenté 7,5 millions d'USD par an jusqu'à l'exercice biennal 2016-2017, maintient approximativement le coefficient de capitalisation actuel pendant toute la période projetée. Si la contribution à l'AMACS n'avait pas été suspendue, 48,9 millions d'USD supplémentaires auraient été dégagés, grâce aux rendements composés, ce qui aurait porté le ratio de financement à 69,8 pour cent au 31 décembre 2023.

22. Au vu des conditions actuelles concernant l'augmentation réelle des salaires, les hypothèses de mortalité et d'invalidité, la hausse des dépenses médicales et les rendements des actifs, si les membres et les donateurs des fonds fiduciaires devaient approuver les stratégies présentées dans les scénarios n° 3 et 4, l'Organisation pourrait atteindre un taux de financement de l'AMACS d'environ 72 pour cent d'ici au 31 décembre 2053.

23. Le secrétariat demande au Comité de fournir des orientations sur les propositions susmentionnées, ainsi que sur l'étude à venir concernant les effets du régime Medicare sur les obligations, et de conseiller l'Organisation sur la manière de remédier au problème du sous-provisionnement.

24. Étude de la gestion de trésorerie: Le Comité des placements a demandé au secrétariat d'examiner la répartition stratégique des ressources de la FAO, et plus particulièrement d'étudier les avantages qu'apportent des catégories de ressources supplémentaires sur les ratios de financement dans le cadre de l'examen plus large de la gestion de la trésorerie et des obligations pour lequel un appel d'offres a été passé au troisième trimestre de 2023. L'appel d'offres a permis de sélectionner un consultant qui réalisera cet examen à partir du deuxième trimestre de 2024, dont les résultats seront communiqués au Comité financier lors d'une prochaine session.

25. La FAO demeure résolue à maîtriser les coûts de ses plans d'assurance-maladie en agissant sur les facteurs sur lesquels elle a prise et à collaborer avec les membres pour trouver des solutions pérennes au problème des obligations contractées au titre de l'AMACS et non financées.