

D'HIER À AUJOURD'HUI

UNE PROTECTION HISTORIQUE FORTE, CONSTRUITE PAR ET POUR LES AGENTS PUBLICS.

L'histoire commence bien avant la création de la Sécurité sociale avec les sociétés mutualistes, originellement des caisses de secours mutuels, lesquelles versent des prestations en cas de maladie, sur la base de solidarités de proximité.

En 1947, la loi Morice autorise les sociétés mutualistes à former des sections locales de Sécurité sociale. De là, se crée la gestion du régime obligatoire de base des fonctionnaires par les mutuelles historiques dites « mutuelles 1945 ». Historiquement, cette pratique apparaît étroitement liée aux protections spécifiques mises en place par les fonctionnaires eux-mêmes, au travers de leurs organisations mutualistes, pour répondre aux particularités et aux risques de leurs métiers de service public.

Au-delà ce premier niveau de couverture, les employeurs publics contribuent aussi, indirectement, à la protection sociale complémentaire (PSC) de leurs agents par

le biais d'un système d'aides attribuées aux mutuelles de fonctionnaires (mise à disposition de locaux, de personnels, subventions de fonctionnement...). Un texte réglementaire de 1962, dit arrêté Chazelle, légalise cette participation financière.

Il autorise jusqu'en 2006 (année d'abrogation de l'arrêté) les employeurs publics à verser des subventions de fonctionnement aux mutuelles des agents de l'Etat pour un montant maximum de 25% des cotisations. L'application du décret s'est étendue ultérieurement par circulaire aux agents territoriaux.

2008, UN NOUVEAU CADRE LÉGISLATIF IMPOSÉ PAR BRUXELLES.

En 2005, au nom de la libre concurrence, la Commission européenne remet en cause ce dispositif juridique d'aides aux mutuelles de fonctionnaires. En 2007, il faut donc repenser la législation pour la rendre conforme à la réglementation européenne. Il ne s'agit pas alors de remettre en question le principe de participation des

employeurs publics à la protection sociale complémentaire des agents, mais plutôt d'en définir un nouveau cadre juridique. En 2007, un support législatif voit ainsi le jour avec la loi de modernisation de la Fonction publique du 2 février 2007. D'évidence, c'est une avancée sociale incontestable pour les agents publics.

Elle autorise la participation financière de l'employeur public à la couverture complémentaire de ses personnels, sous la seule réserve que les contrats ou règlements mettent en œuvre une solidarité effective entre actifs et retraités.

UN CONSTAT AMER : LA DÉGRADATION DE LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS PUBLICS.

Aujourd'hui, le constat est amer. Le « marché de la Santé », en pleine mutation, voit la concurrence s'intensifier entre opérateurs complémentaires, notamment dans le champ de la Fonction publique où les règles posées par les décideurs accentuent la tendance. Cela ne pourrait être qu'un simple constat si les conséquences n'étaient pas si lourdes. En effet, c'est au détriment des solidarités professionnelles et intergénérationnelles que s'impose, au fil des années, un nouveau système répondant aux seules logiques du marché et du « chacun pour soi ».

Les mutuelles de fonctionnaires, protégeant la grande majorité des agents publics, actifs et retraités, doivent aujourd'hui faire face aux dérives d'une concurrence accrue, prônée par les pouvoirs publics, qui s'obstinent à ne percevoir que ses soi-disant bénéfices sur le pouvoir d'achat.

Et bien non ! Contrairement aux idées reçues sur la concurrence, sans cesse martelées,

la vérité est loin d'être si évidente... d'autant plus quand il s'agit de Santé et de l'organisation de solidarités ! En effet, considérée à juste titre comme un moyen d'amélioration économique, encourageant l'innovation, la compétitivité et, au final, la baisse des prix pour les consommateurs et la diversification des produits, la concurrence accrue et non régulée est inadaptée au secteur de la Santé. La Santé n'est pas un produit marchand comme les autres.

Déjà en 1998, dans le cadre de la mission menée sur la transposition des directives « assurance » aux mutuelles, Michel Rocard, alors député européen, rappelle sans équivoque que « la couverture complémentaire maladie ne peut être traitée comme une autre assurance ». Dans son rapport « Mission mutualité et droit communautaire » de 1999, il insiste sur l'importance « d'imposer, au plan européen et pour des motifs d'intérêt général, des normes de comportement à l'ensemble des opérateurs intervenant dans ce secteur économique » afin « d'éviter qu'un « marché unique de la complémentaire » ne vienne balayer les mécanismes de solidarité existant en France ».

Vingt ans après, les constats posés dans le rapport Rocard de 1999 gardent pleinement leur sens. Il est urgent que le secteur de la santé puisse bénéficier d'une protection particulière, notamment au vu des enjeux de santé publique.

Concrètement, aujourd'hui, à l'Etat, la concurrence, souhaitée et pensée par les pouvoirs publics, a engendré une régression dans les garanties des offres complémentaires proposées aux agents publics. Pour preuve, dans certains ministères, les garanties offertes en santé et en prévoyance (issues des cahiers des charges construits par les employeurs eux-mêmes) n'ont pas eu le succès escompté auprès de nombreux agents

qui s'en sont détournés.

Parfois même, des pans entiers de garanties ont disparu des nouvelles offres proposées aux agents (comme la Dépendance), et cela, dans l'indifférence générale. Mais les agents, eux, ne s'y sont pas trompés, en préférant souvent conserver leur couverture historique plus couvrante, protectrice et solidaire.

L A SOLIDARITÉ DOIT ÊTRE UN CHOIX DE SOCIÉTÉ !

Près de 14 ans après l'abrogation de l'arrêté Chazelle au nom de la libre concurrence, les solidarités offertes par le modèle mutualiste font face à de fortes attaques, alors même que ce dernier est celui qui répond le mieux aux besoins des agents.

N'oublions pas que les mutuelles de fonctionnaires organisent chaque année des centaines de millions d'euros de transferts de solidarité, redistribués aux plus fragiles, aux plus âgés, aux plus précaires et aux plus malades.

Dans un marché aussi concurrentiel que celui de la protection complémentaire, et face au processus d'individualisation s'accroissant dans notre société, comment rester bien protégé si l'on refuse les solidarités entre niveaux de revenus, états de santé et classes d'âge ?

Il ne s'agit pas ici d'opposer la solidarité à la « liberté » des individus, mais avant tout de comprendre qu'il nous faut poser les conditions d'un cadre social sécurisant pour que les citoyens, malgré une tendance forte à l'individualisation et à l'autonomie, puissent continuer à se protéger des fragilités croissantes qu'ils subissent. Pour cela, le périmètre des solidarités doit être débattu.

L A FRAGILITÉ DES PERSONNELS AU SERVICE DE L'INTÉRÊT GÉNÉRAL, UNE RÉALITÉ BIEN ANCRÉE DANS LA FONCTION PUBLIQUE.

Des fragilités fortes émergent à plusieurs niveaux dans le vécu quotidien des agents publics. Réorganisations et réformes successives, évolutions inhérentes à la société, perte de sens des métiers d'intérêt général face à un accroissement des rythmes et de la charge de travail, démographie vieillissante des personnels... autant de changements cumulatifs que la Fonction publique subit de plein fouet depuis plusieurs années.

Et pourtant, en dépit de ces constats, les agents publics expriment une satisfaction importante à l'égard de leur activité professionnelle au service de l'intérêt général.

Dans le secteur hospitalier, les nombreuses exigences de travail, nécessaires pour assurer la continuité des soins, se cumulent aux rythmes de travail accentués depuis plusieurs années. La période de 2005 à 2013 a été marquée par une « industrialisation » et une technicisation de la production de soins, avec la mise en œuvre d'importantes réformes hospitalières, comme la tarification à l'activité et l'organisation en pôles d'activité.

Au final, c'est la santé au travail des agents hospitaliers qui en a fait les frais !

A ces sources de fragilités, s'ajoutent des situations de précarité de plus en plus nombreuses, dues à l'évolution de l'emploi public notamment. On peut parler de « fragilités financières ».

Une tendance nette dans le versant territorial : près de 4 agents sur 5 sont de catégorie C ! Quand on sait qu'un agent, sans couverture prévoyance, peut en cas

d'arrêt de travail rapidement basculer sous le seuil de pauvreté, cette donnée prend tout son sens.

Et cela, aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'image du « fonctionnaire protégé » par son statut reste bien ancrée dans l'« imaginaire collectif ».

L A PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE... **DES ENJEUX FORTS.**

La protection sociale complémentaire est un dossier très sensible pour les agents publics. Non seulement leur situation est défavorable par rapport à celle des salariés du secteur privé mais, en plus, les employeurs publics s'engagent de manière très inégale pour favoriser l'accès de leurs personnels à une couverture complémentaire de qualité.

Au final, un seul constat : une participation indigente de l'employeur public ! Comment l'admettre et laisser le dossier en l'état alors que la Santé fait partie des premiers sujets de préoccupation des Français ?

D'évidence, leurs attentes sont fortes aussi bien en termes de prise en charge financière de la couverture complémentaire que d'informations générales sur le sujet.

U NE RÉFORME DE LA PSC DES AGENTS PUBLICS EN 15 MOIS ?!

Le dossier de la participation de l'employeur public à la couverture complémentaire de ses agents est à nouveau ouvert. Le Gouvernement a jusqu'en novembre 2020 pour agir par voie d'ordonnances. En aura-t-il le temps ? Vu la complexité et la technicité du sujet, rien n'est moins sûr ! Dans quelle mesure entendra-t-il les

préconisations des représentants syndicaux et acteurs de la protection sociale ? Tiendra-t-il compte des éléments d'appréciation de la mission-inspections ? Officialisera-t-il le bilan ? Quels moyens budgétaires seront-ils affectés à ce dossier ? L'ardoise avoisinerait les 2 milliards d'euros par an, dixit le Secrétaire d'Etat.

Le bilan PSC des trois inspections générales IGA, IGAS, IGF, tarde à être officialisé. Les reports s'enchaînent depuis l'officialisation de la mission en février 2018. Aux dernières nouvelles, le rapport définitif ne devrait pas être publié avant fin 2019. Pour le moment, seuls de premiers constats du bilan, sans surprises apparentes, ont été présentés aux Organisations syndicales au cours de l'été 2019.

Différences fortes entre versants, hétérogénéité de l'aide accordée par les employeurs, fragilisation du Référencement avec l'ouverture accrue à la concurrence, faible connaissance du dispositif par les DRH ministérielles, faible dialogue social sur les décisions des employeurs publics relatives à la PSC, réalité du fonctionnement des dispositifs hospitaliers en inadéquation avec les besoins des agents... autant de premiers constats qui confortent la MFP dans le bilan qu'elle fait de la protection sociale complémentaire.

D'évidence, les prochains mois vont être décisifs. Quelle priorité sera donnée à ce dossier alors que d'autres réformes de fond pullulent (retraites, perte d'autonomie...).

LES AGENTS PUBLICS SERONT-ILS LES OUBLIÉS DES POLITIQUES PUBLIQUES... ?

SOMMAIRE

COMPRENDRE

ANALYSER

EN CHIFFRES

DÉFENDRE

RÉAGIR

ANTICIPER

LES FICHES OUTILS

COMPRENDRE

... *Pour COMPRENDRE :*

- ▶ FPE : La procédure de référencement
- ▶ FPT : Les procédures de participation
- ▶ FPH : Les droits spécifiques aux hospitaliers
- ▶ Regards transverses

ANALYSER

... *Pour ANALYSER :*

- ▶ FPE : La mise en œuvre dévoyée du référencement
- ▶ FPT : Un double dispositif adapté mais à améliorer
- ▶ FPH : Des droits spécifiques forts, des difficultés de mise en œuvre

LES FICHES THEMATIQUES

DÉFENDRE

... *Pour DÉFENDRE les fondements clés de la PSC de demain :*

- ▶ Une protection sociale solidaire
- ▶ Une culture active de la PSC incontournable dans la Fonction publique
- ▶ Une négociation sociale à tous les niveaux de décision
- ▶ Une participation financière incitative pour les agents publics

RÉAGIR

... *Pour RÉAGIR aux impacts des récentes réformes :*

- ▶ Résiliation infra-annuelle : une réforme destructrice des solidarités
- ▶ Jour de carence : une fausse bonne idée
- ▶ Transformation de la Fonction publique : focus PSC

ANTICIPER

... *Pour ANTICIPER de possibles orientations déstructurantes :*

- ▶ Une labellisation à l'Etat ?
- ▶ Une transposition de l'ANI dans la Fonction publique ?
- ▶ Une concurrence toujours plus stimulée ?

LES ANNEXES

EN CHIFFRES

... *Des séries en CHIFFRES :*

- ▶ La Fonction publique, des réalités hétérogènes
- ▶ La Fonction publique d'état
- ▶ La Fonction publique territoriale
- ▶ La Fonction publique hospitalière
- ▶ La protection sociale complémentaire
- ▶ La Santé au travail
- ▶ Portrait social des agents publics

UN DISPOSITIF UNIQUE

Les ministères et leurs établissements rattachés peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles leurs agents souscrivent. Cela s'organise par le biais d'une procédure unique :

► **Le référencement** : L'employeur public choisit, après appel à concurrence, une ou plusieurs offres de protection sociale complémentaire pour couvrir ses personnels.

⚠ C'est la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007 qui légalise cette participation financière des employeurs publics. Pour la Fonction publique d'état, un décret ¹ d'application de 2007 organise les modalités de cette participation.

RÉFÉRENCIEMENT

Quelles obligations d'engagement pour l'employeur et pour l'agent ?

► Pour l'employeur, **la participation est facultative**.
Il est libre de participer ou non au financement de la couverture complémentaire de ses agents.

► Pour l'agent, actif comme retraité, **l'adhésion est volontaire**.
La liberté de choix de la couverture complémentaire est préservée. L'agent peut tout à fait choisir d'adhérer à un contrat non éligible à l'aide financière de son employeur. Quoi qu'il en soit, il ne peut pas, contrairement aux salariés du secteur privé, déduire le montant de sa cotisation de son revenu imposable.

Quels risques couverts ?

► Santé ET Prévoyance

La couverture proposée par l'employeur porte obligatoirement sur les risques santé et prévoyance. Ce couplage des garanties est imposé par le décret de 2007.

⚠ Juridiquement, rien n'interdit de proposer la couverture du **risque dépendance** en inclusion de l'offre santé/prévoyance.

¹ Décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Quel contenu minimal des garanties de couverture complémentaire ?

► **Risque Santé** : La garantie maladie, maternité ou accident doit assurer un montant de remboursement ou d'indemnisation qui **ne peut être inférieur à un minimum fixé par arrêté** ².

► **Risque Prévoyance** :

- La garantie incapacité de travail doit assurer **un montant minimum de 75% du traitement indiciaire brut** (sous déduction du maintien de la rémunération par l'employeur ou des indemnités journalières de sécurité sociale).
- La garantie invalidité permanente doit prévoir le versement **d'un capital correspondant au minimum à 70% du traitement indiciaire brut annuel**.
- La garantie décès doit prévoir le versement **d'un capital minimal de 70% du traitement indiciaire brut annuel**.

Quelles grandes étapes dans la mise en œuvre du référencement ?

La procédure de référencement requiert un appel à concurrence à l'issue duquel l'employeur peut retenir un ou plusieurs opérateurs pour une durée de **7 ans**.

Les étapes de la procédure :

1. Délibération sur les éléments clés de la future participation.
2. Rédaction et publication du cahier des charges par chaque ministère/établissement public.
3. Examen des offres reçues.
4. Délibération sur le choix de l'opérateur ou des opérateur(s) retenu(s).
5. Signature de la convention de référencement.
6. Information des agents.

⚠ *« Les organisations syndicales de fonctionnaires ont également qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives à [...] la protection sociale complémentaire. »* Ce rôle majeur des organisations syndicales dans la mise en œuvre du référencement est entériné par l'article 1er de la loi de rénovation du dialogue sociale de juillet 2010.

Quels critères de sélection ?

► **Les critères sociaux de solidarité** :

Le respect des critères sociaux de solidarité constitue une **condition sine qua non à la participation de l'employeur**. A ce titre, seuls sont éligibles à la participation financière de l'Etat les contrats et règlements respectant les exigences de solidarité fixées par décret :

- une solidarité intergénérationnelle de l'actif vers le retraité,
- une solidarité familiale (gratuité à compter du 4ème enfant),
- une solidarité contributive (encadrement des cotisations de 1 à 3 pour une même tranche d'âge),
- pas d'âge maximal à l'adhésion mais majoration possible pour adhésion tardive (plus de 2 ans après l'entrée dans la Fonction publique),
- pas de questionnaire médical (sauf en prévoyance pour une adhésion postérieure à 5 ans à l'entrée dans la Fonction publique).

⚠ L'évaluation du respect de ces exigences relève de l'employeur lui-même.

2 Arrêté du 19 décembre 2007 pris en application de l'article 23 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

► Les critères de choix ³ :

Outre le respect des principes de solidarité, l'employeur fonde également son choix sur des critères définis par décret, à savoir :

1. Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
2. Le degré effectif de solidarité intergénérationnelle, familiale et contributive ;
3. La maîtrise financière du dispositif ;
4. Les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques ;
5. Tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de la population intéressée.

⚠ Ces critères de choix sont librement pondérés par l'employeur. Le décret de 2007 ne fixe aucune contrainte sur ce point. Seule une recommandation (et non une obligation) de pondération par critère est posée par la circulaire du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement.

■ Quel(s) contrat(s) éligible(s) à l'aide de l'employeur ?

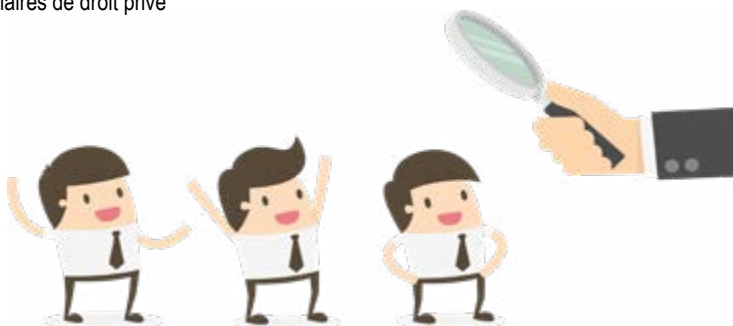
► En cas de référencement d'un opérateur unique, **seul le contrat proposé par l'opérateur retenu est éligible à l'aide de l'employeur.**

► En cas de multi-référencement, **autant de contrats que d'opérateurs référencés sont éligibles à l'aide de l'employeur.**

■ Quels personnels éligibles au dispositif ?

Les personnels éligibles au dispositif de référencement sont les suivants :

- ✓ Les titulaires (fonctionnaires)
- ✓ Les non-titulaires de droit public
- ✓ Les retraités
- ✗ Les non-titulaires de droit privé



³ Critères à partir desquels l'employeur choisit le contrat complémentaire et l'opérateur, retenus au titre du référencement ou, en cas de multi-référencement, les contrats complémentaires et les opérateurs retenus.



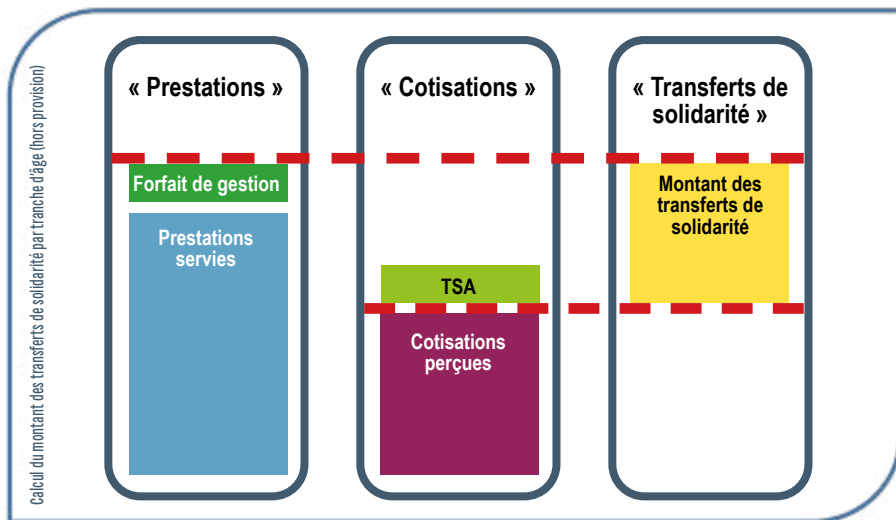
Quel montant de participation financière ?

- ▶ **Un montant global défini par l'employeur** : Ce montant est attribué à l'opérateur référencé ou réparti entre les opérateurs référencés au regard du nombre d'agents éligibles au dispositif.
- ▶ **Pas de montant minimum** : Aucune participation plancher n'est exigée.
- ▶ **Un montant maximum** : La participation attribuée à chaque opérateur complémentaire de référence ne peut excéder **le montant des transferts de solidarité** * effectivement mis en œuvre par chacun d'entre eux.



* *Transferts de solidarité* : c'est la différence entre, pour chaque âge, le montant des prestations servies (+ frais de gestion) et le montant des cotisations perçues (hors TSA)

Transferts de solidarité, comment les calcule-t-on ?



Source : Circulaire du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement.

COMPRENDRE

2 PROCÉDURES ALTERNATIVES ET/OU COMPLÉMENTAIRES

Les employeurs territoriaux peuvent contribuer au financement des garanties de couverture complémentaire de leurs personnels. Cela s'organise par le biais de deux procédures alternatives et complémentaires :

- ▶ **La convention de participation** : L'employeur choisit, après appel à concurrence, une offre de protection sociale complémentaire pour couvrir ses agents.
- ▶ **La labellisation** : L'agent choisit un contrat parmi une liste d'offres labellisées.

⚠ C'est la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007 qui légalise cette participation financière des employeurs publics. Pour le versant territorial, un décret d'application de 2011 organise les modalités de cette participation.

Quelles obligations d'engagement pour l'employeur et pour l'agent ?

- ▶ Pour l'employeur, **la participation est facultative**. Il est libre de participer ou non au financement de la couverture complémentaire de ses agents.
- ▶ Pour l'agent, actif comme retraité, **l'adhésion est volontaire**. La liberté de choix de la couverture complémentaire est préservée. L'agent peut tout à fait choisir d'adhérer à un contrat non éligible à l'aide financière de son employeur. Quoi qu'il en soit, il ne peut pas, contrairement aux salariés du secteur privé, déduire le montant de sa cotisation de son revenu imposable.

CONVENTION DE PARTICIPATION ET LABELLISATION

Quels risques couverts ?

▶ Santé ET/OU Prévoyance

La couverture proposée par l'employeur peut porter, au choix de celui-ci, soit sur le risque santé, soit sur le risque prévoyance (incapacité/invalidité/décès) soit sur les deux risques santé et prévoyance.

⚠ L'employeur choisit librement la procédure qui lui convient le mieux pour la couverture de ce(s) risque(s), y compris une procédure différente par risque.

1 Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Quel contenu minimal des garanties de couverture complémentaire ?

► **Risque Santé** : La garantie maladie, maternité ou accident doit assurer un montant de remboursement ou d'indemnisation qui **ne peut être inférieur à un minimum fixé par arrêté** ².

► **Risque Prévoyance** :

Pour être éligibles à la participation des collectivités, les contrats et règlements de prévoyance doivent comprendre au minimum la garantie « incapacité de travail » (article 30 du décret).

Quelles grandes étapes dans la mise en œuvre d'une procédure de participation ?

La convention de participation requiert un appel à concurrence à l'issue duquel l'employeur peut retenir un opérateur unique pour une durée de **6 ans**.

La labellisation quant à elle ne requiert pas d'appel à concurrence. Ce sont des prestataires, habilités par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), qui délivrent des labels à des contrats d'opérateurs complémentaires pour une durée de **3 ans**.

Les étapes de ces procédures :

Convention de participation	Labellisation
1. Consultation du <u>comité technique</u> [*]. 2. Rédaction et publication du cahier des charges. 3. Examen des offres reçues. 4. Consultation du <u>comité technique</u> [*] et délibération sur le choix de l'opérateur/contrat retenu. 5. Signature de la convention de participation. 6. Information des agents par l'employeur.	1. Consultation du <u>comité technique</u> [*]. 2. Information des agents par l'employeur. 3. Suivi individualisé des contrats (l'employeur vérifie que le contrat souscrit par l'agent est bien sur la liste des contrats labellisés).

Le comité technique ^{*} est une instance de concertation composée de représentants de l'administration et de représentants du personnel. Elle est chargée notamment de donner son avis sur les questions intéressant la protection sociale complémentaire des agents.

Quels critères de sélection ?

► **Les critères sociaux de solidarité** (pour la convention de participation et la labellisation) :

Le respect des critères sociaux de solidarité constitue une **condition sine qua non à la participation de l'employeur**. A ce titre, seuls sont éligibles à la participation financière de l'employeur territorial les contrats et règlements respectant les exigences de solidarité fixées par décret, dont :

- une solidarité intergénérationnelle de l'actif vers le retraité,
- une solidarité familiale (gratuité à compter du 4ème enfant),
- un encadrement des cotisations de 1 à 3 pour une même tranche d'âge,
- pas d'âge maximal à l'adhésion mais majoration possible pour adhésion tardive (plus de 2 ans après l'entrée dans la Fonction publique),
- pas de questionnaire médical (sauf pour les garanties incapacité, invalidité et décès au-delà d'un délai de 6 mois suivant la date de prise d'effet du contrat, ou la date d'embauche, si l'adhésion au titre du contrat ou du règlement est acceptée).

2 Arrêté du 19 décembre 2007 pris en application de l'article 23 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la PSC de leurs personnels. A noter qu'il n'existe pas d'arrêté spécifique à la FPT concernant les garanties minimales du risque santé.

⚠ L'évaluation du respect de ces exigences de solidarité diffère selon la procédure :

Convention de participation	Labellisation
Les critères de solidarité sont vérifiés par l'employeur, maître d'œuvre du dispositif.	Les critères de solidarité ne sont pas vérifiés par l'employeur mais préalablement vérifiés au niveau national. C'est en effet le label délivré par un prestataire habilité par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) qui atteste du respect des critères de solidarité.

► **Les critères de choix** ³ (uniquement pour la convention de participation) :

Outre le respect des principes de solidarité qui s'impose dans les deux procédures, dans la convention de participation, l'employeur fonde également son choix sur des critères définis par décret, à savoir :

1. Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
2. Le degré effectif de solidarité intergénérationnelle, familiale et contributive ;
4. Les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques ;
5. Tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de la population intéressée.

⚠ Ces critères de choix sont librement pondérés par l'assemblée délibérante. Le décret de 2011 ne fixe aucune contrainte sur ce point. Seule une recommandation (et non une obligation) de pondération par critère est posée par la circulaire du 25 mai 2012 relative à la participation de l'employeur territorial.

Quel(s) contrat(s) éligible(s) à l'aide de l'employeur ?

Convention de participation	Labellisation
Seul le contrat proposé par l'opérateur retenu est éligible à l'aide de l'employeur.	L'ensemble des contrats labellisés, soit plus de 300 contrats, dont la liste est publiée sur le site de la Direction Générale des Collectivités Locales sont éligibles à cette aide.

Quels personnels éligibles au dispositif ?

Les personnels éligibles au dispositif de participation sélectionné par l'employeur sont les suivants :

- ✓ Les titulaires (fonctionnaires)
- ✓ Les non-titulaires de droit public
- ✓ Les non-titulaires de droit privé
- ✓ Les retraités

⚠ **Les retraités** ne perçoivent pas d'aide financière mais bénéficient des dispositifs de participation compte tenu de la solidarité imposée dans les contrats et règlements éligibles aux aides. Concrètement, l'objet social des mécanismes de solidarité intergénérationnelle est d'assurer aux plus âgés, et plus généralement aux plus fragiles, des montants de cotisation modérés.

³ Critères à partir desquels l'employeur choisit le contrat complémentaire et l'opérateur retenus au titre de la convention de participation.



Quel montant de participation financière ?

- ▶ **Un montant unitaire par agent défini par l'employeur** : La participation est versée soit aux agents (via le bulletin de salaire), soit à l'opérateur complémentaire qui déduira cette participation au montant de la cotisation due par l'agent.
- ▶ **Pas de montant minimum** : Aucune participation plancher n'est exigée.
- ▶ **Un montant maximum** : Deux cas sont à distinguer :
 - **Cas de la participation versée à l'opérateur** : La participation ne peut excéder le montant unitaire de l'aide multiplié par le nombre d'agents bénéficiaires.
 - **Cas de la participation versée à l'agent** : Le montant de la participation ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime qui serait dû en l'absence d'aide.

⚠ Le montant peut être modulé par la collectivité selon le revenu ou la composition familiale de l'agent, dans un but d'intérêt social.

Quel rôle des centres de gestion dans les dispositifs de participation ?

L'employeur territorial peut déléguer la mise en concurrence d'opérateurs en vue de la signature d'une convention de participation auprès des centres de gestion. Une telle délégation peut être privilégiée par les petites collectivités qui n'ont pas les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une telle procédure aussi bien en termes d'expertise technique qu'en termes de capacité de mutualisation en raison de leur faible effectif.



Quelles conséquences en cas de mobilité de l'agent ?

Point fort du dispositif de participation territoriale, la portabilité du contrat initialement éligible à la participation financière de l'employeur est possible en cas de mobilité. Cette portabilité diffère selon le dispositif de participation choisi par la collectivité.

COMPRENDRE

2 DISPOSITIFS D'AIDES SPÉCIFIQUES

Les agents hospitaliers peuvent bénéficier d'une aide de leur employeur en santé et en prévoyance, sous conditions, via deux dispositifs spécifiques :

- ▶ Les soins gratuits
- ▶ Le versement d'une « prestation maladie » au titre de l'action sociale par le CGOS



Faute de publication d'un décret¹, et à l'inverse des agents des deux autres versants de la Fonction publique, les agents hospitaliers **NE BÉNÉFICIENT PAS d'une aide directe** de l'employeur au financement de leur « mutuelle ».

ARTICLE 44²

LES SOINS GRATUITS, UN DROIT STATUTAIRE

« Lorsqu'un fonctionnaire en activité est hospitalisé dans l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du présent titre, l'établissement employeur prend à sa charge pendant une durée maximum de six mois le montant des frais d'hospitalisation non remboursés par les organismes de sécurité sociale. Pour une hospitalisation dans un établissement autre que celui où le fonctionnaire est en fonctions, cette charge ne pourra être toutefois assumée qu'en cas de nécessité reconnue par un médecin désigné par l'administration de l'établissement employeur ou sur le vu d'un certificat délivré par l'administration de

l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et attestant l'urgence de l'hospitalisation.

Les fonctionnaires en activité bénéficient, en outre, de la gratuité des soins médicaux qui leur sont dispensés dans l'établissement où ils exercent ainsi que de la gratuité des produits pharmaceutiques qui leur sont délivrés pour leur usage personnel par la pharmacie de l'établissement, sur prescription d'un médecin de l'établissement.

L'établissement ou la collectivité publique dont il relève est subrogé dans les droits que détient le fonctionnaire du fait de son affiliation à un régime de sécurité sociale. »

La gratuité des soins hospitaliers est intrinsèquement liée à la nature même des missions assurées par les agents hospitaliers et aux risques professionnels inhérents à leur lieu d'exercice (risque infectieux). C'est une forme de **compensation des risques spécifiques** plus élevés que dans d'autres secteurs.

¹ En référence à un décret d'application dans la Fonction publique hospitalière de l'article 39 de la loi de modernisation de la Fonction publique qui légalise et conditionne la contribution de l'employeur public au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'ils emploient souscrivent.

² Article 44 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique hospitalière.

Quels risques couverts ?

Le dispositif de l'article 44 couvre le **RISQUE SANTE** à travers la prise en charge :

- ▶ des **frais d'hospitalisation** sur une durée maximum de 6 mois.
- ▶ des **soins médicaux**.
- ▶ des **produits pharmaceutiques**.



Quels bénéficiaires ?

La seule référence de l'article 44 au « fonctionnaire en activité » exclut *de facto* les contractuels et les retraités du champ d'application de ce droit.

- ✓ Fonctionnaires (stagiaires)
- ✗ Contractuels
- ✗ Retraités

Quelle durée de prestation ?

La seule limitation légale concerne la prise en charge des frais d'hospitalisation non remboursés par la Sécurité sociale qui ne peut s'exercer que sur une durée maximale de 6 mois.

Quels établissements sont concernés par la prise en charge des soins gratuits ?

Type de soins concernés	Etablissements concernés (et leurs personnels fonctionnaires) sous réserve du respect des conditions de l'article 44
Frais d'hospitalisation	✓ Etablissements sanitaires ✓ Etablissements sociaux ✓ Etablissements médicaux-sociaux ⚠ L'obligation de prendre en charge le montant des frais d'hospitalisation s'impose à tous les établissements (y compris sociaux et médico-sociaux).
Soins médicaux	✓ Etablissement employeur (du fonctionnaire demandeur des soins gratuits) permettant la dispense de soins médicaux. ⚠ La prise en charge des soins médicaux est donc limitée aux seuls fonctionnaires exerçant dans les établissements permettant les soins requis.
Produits pharmaceutiques	✓ Etablissement employeur (du fonctionnaire demandeur des soins gratuits) permettant la délivrance de produits pharmaceutiques. ⚠ La prise en charge des produits pharmaceutiques est donc limitée aux seuls fonctionnaires exerçant dans les établissements disposant d'une pharmacie.

Quel coût pour l'employeur hospitalier ?

L'employeur assure la prise en charge financière des « soins gratuits ». Mais il peut demander aux organismes de Sécurité sociale le remboursement d'une partie des frais occasionnés.

C'est le mécanisme de subrogation qui permet à l'employeur de se faire rembourser (à la place de l'agent) la part des frais relevant du régime de sécurité sociale.

Pour aller plus loin...

- Les titulaires en activité et les stagiaires de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris bénéficient d'un régime historique plus favorable de soins gratuits entériné par l'article 105 de la loi portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique hospitalière.
- Les médecins hospitaliers à temps plein, qui ne sont pas des fonctionnaires, mais des agents publics sous statut (recrutés à l'issue d'un concours national annuel), bénéficient de dispositions similaires à l'article 44 via l'article L6152-2 du code de la santé.

LA PRESTATION MALADIE DU CGOS

La gestion de l'action sociale en faveur des agents non médicaux en activité ou retraités des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux est principalement confiée³ à deux organismes :

- Le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) ;
- L'Association de gestion des œuvres sociales des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes (AGOSPAP).

⚠ Le CGOS a toutefois pour spécificité d'offrir, outre les prestations « classiques » d'action sociale, une prestation dite « **prestation maladie** » visant à compenser en partie la perte de rémunération en cas de maladie.

CGOS

2 347

établissements

versement
d'une
"prestation
maladie"

AGOSPAP

39

hôpitaux AP-HP

pas de
versement
d'une
"prestation
maladie"

Ainsi, alors même que les agents de l'AP-HP bénéficient d'un dispositif de soins gratuits plus favorable que celui prévu par l'article 44, à l'inverse, ils ne bénéficient pas du versement de cette prestation.



Quels risques couverts ?

La « prestation maladie » versée par le CGOS couvre en partie le **RISQUE PREVOYANCE** à travers un maintien de salaire en cas d'arrêt maladie.

Quels bénéficiaires ?

Bénéficiaire de cette prestation les agents en congé maladie relevant des établissements adhérents au CGOS.

- ✓ Fonctionnaires (stagiaires)
- ✓ Contractuels justifiant de plus de 4 mois de présence (au 1er jour d'arrêt maladie)

Quelles modalités de versement de la prestation ?

Le fonctionnaire⁴ passe en demi-traitement dès le **4^{ème} mois** de son arrêt maladie ET le contractuel⁵ dès le **2^{ème} mois**⁶. L'aide apportée par le CGOS, de **5 mois maximum par an**, est donc essentielle à près de 60 000 agents par an pour compenser la perte de salaire induite par l'arrêt de travail.

Quelle contribution des employeurs ?

Le financement de l'action sociale du CGOS est assuré par une contribution versée par les établissements adhérents au CGOS. La contribution financière de ces employeurs hospitaliers est équivalente à 1,50 % de la masse salaire brute des personnels non médicaux. Les établissements versent cette contribution mensuellement, mais un versement par trimestre est possible pour les établissements à faible effectif. La « prestation maladie » est financée sur ces fonds.

Quel avenir pour la « prestation maladie » du CGOS ?

La « prestation maladie » du CGOS est aujourd'hui remise en cause par la Cour des comptes pour sa **fragilité juridique**. Concrètement, il est reproché à la prestation « maladie » du CGOS de ne pas entrer dans le champ légal de l'action sociale hospitalière.

Pour cette raison, la Cour des comptes recommande (par un référé de février 2018) :

- ▶ d'exclure la « prestation maladie » du champ de l'action sociale et d'en tirer les conséquences en baissant le taux de contribution des établissements.
- ▶ d'inclure éventuellement cette prestation dans un régime facultatif de prévoyance.

A l'heure où le Premier ministre a fait savoir qu'il partage les préoccupations de la Cour des comptes, la menace qui pèse sur le maintien de salaire des agents hospitaliers est bien réelle.

³ En vertu de l'article 9 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

⁴ Cas de la maladie ordinaire.

⁵ Cas de la maladie ordinaire.

⁶ Dès le 2ème mois après 4 mois de service, dès le 3ème mois après 2 ans de service, dès le 4ème mois après 3 ans de service.

RÉFÉRENCIEMENT

Participation de l'employeur au financement de la « mutuelle » de l'agent

✓ **OUI** l'employeur PEUT participer

Adhésion de l'agent à une « mutuelle »

✓ **Adhésion volontaire** (libre choix de sa couverture complémentaire)

Exigence de critères sociaux de solidarité	✓ OUI
Risques couverts	SANTÉ ET PRÉVOYANCE
Contenu minimum des garanties du/des contrat(s) éligible(s) à l'aide financière	<u>Santé</u> : minimum fixé par arrêté <u>Prévoyance</u> : Incapacité de travail (75% du traitement indiciaire brut) Invalidité permanente (70% du traitement indiciaire brut) Décès (70% du traitement indiciaire brut)
Personnels couverts	✓ Fonctionnaires (actifs/retraités) ✓ Agents de droit public (actifs/retraités)
Nombre de contrats éligibles à l'aide financière de l'employeur	1 ou plusieurs contrats (Seul le ou les contrats référencés y sont éligibles)
Modalités de versement de la participation financière	▶ Versement d'un montant global défini par l'employeur ▶ Versement à l'opérateur/aux opérateurs complémentaire(s) retenu(s) ⚠ La participation ne peut pas excéder le montant des TRANSFERTS DE SOLIDARITE
Montant moyen de participation (en 2017)	Aide indirecte à l'agent : minimum 0 € et en moyenne 1 € / mois par agent

CONVENTION DE PARTICIPATION/ LABELLISATION

Participation de l'employeur au
financement de la « mutuelle » de
l'agent

✓ **OUI** l'employeur PEUT
participer

Adhésion de l'agent à une
« mutuelle »

✓ **Adhésion volontaire** (libre
choix de sa couverture
complémentaire)

Exigence de critères sociaux de solidarité	✓ OUI
Risques couverts	SANTÉ ET/OU PRÉVOYANCE (<i>choix employeur</i>)
Contenu minimum des garanties du/des contrat(s) éligible(s) à l'aide financière	<u>Santé</u> : minimum fixé par arrêté <u>Prévoyance</u> : Incapacité de travail
Personnels couverts	✓ Fonctionnaires (actifs/retraités) ✓ Agents de droit public ET de droit privé (actifs et retraités)
Nombre de contrats éligibles à l'aide financière de l'employeur	Labellisation : plus de 300 contrats (liste DGCL) Convention de participation : 1 seul contrat (opérateur unique)
Modalités de versement de la participation financière	▶ Versement d'un montant individualisé par agent ▶ Versement direct à l'agent ou à l'opérateur conventionné qui répercute ce montant en déduction de la cotisation <i>A noter : la participation n'est pas versée aux retraités.</i>
Montant moyen de participation (en 2017)	Aide directe à l'agent, minimum 0 € et en moyenne : ▶ en santé : 17,10 € / mois par agent ▶ en prévoyance : 11,40 € / mois par agent

SOINS GRATUITS/ PRESTATION MALADIE DU CGOS

Participation de l'employeur au financement de la « mutuelle » de l'agent

✗ **NON** l'employeur ne PEUT PAS participer (faute de décret)

Adhésion de l'agent à une « mutuelle »

✓ **Adhésion volontaire** (libre choix de sa couverture complémentaire)

Exigence de critères sociaux de solidarité	✗ NON
Risques couverts	SANTÉ (soins gratuits <u>sous conditions</u>) ET PRÉVOYANCE (<i>Maintien de salaire <u>sous conditions</u> en cas d'arrêt de travail</i>)
Contenu minimum des garanties du/des contrat(s) éligible(s) à l'aide financière	Non concerné
Personnels couverts	Soins gratuits : ✓ Fonctionnaires en activité Prestation maintien de salaire du CGOS : ✓ Les fonctionnaires ✓ Les contractuels justifiant plus de 4 mois de présence au 1er jour d'arrêt maladie
Nombre de contrats éligibles à l'aide financière de l'employeur	Non concerné
Modalités de versement de la participation financière	Non concerné
Montant moyen de participation (en 2017)	Pas de participation directe à la « PSC » mais une participation indirecte : – des avantages en nature (soins gratuits) – des « prestations maladie » via le CGOS (en 2017, le CGOS a versé à ce titre 92,4 millions d'euros)

COMPRENDRE

Le référencement est un dispositif globalement bien pensé, qui est parvenu à concilier maintien des solidarités et appels à concurrence. Néanmoins, lors de son renouvellement en 2016/2017, sa mise en œuvre a été fortement biaisée, générant ainsi ...

3 PARADOXES :

- Des exigences ministérielles en contradiction avec l'objectif de solidarité : faible pondération des critères solidaires, faveur affichée pour le multi-référencement, proscription de la dépendance en inclusion de l'offre référencée...
- De faibles participations financières (avec d'importantes hétérogénéités d'un employeur à l'autre) en contradiction avec de fortes contraintes imposées par les employeurs.
- Des candidats parfois non retenus par l'employeur public, alors même que leurs offres proposaient une couverture plus solidaire et plus innovante que celle du ou des opérateur(s) référencé(s).

1 CONSTAT :

- Une véritable régression des droits pour les agents publics de l'Etat !

... D'évidence, ces dérives prennent le pas sur les atouts initiaux du dispositif.

DES PRINCIPES À PRÉSERVER ...

■ Une liberté d'adhésion des agents ... en cohérence avec une protection sociale construite PAR les agents publics.

L'agent est libre d'adhérer ou non au(x) contrat(s) éligible(s) à la participation financière de son employeur. Cela lui permet une totale liberté dans le choix de sa couverture complémentaire. Ce caractère volontaire de l'adhésion est au cœur des valeurs mutualistes.

En effet, les mutuelles, personnes morales de droit privé à but non

lucratif, sont des organisations qui se sont construites au fil des années sur l'entraide, base d'une solidarité volontaire. Il s'agit donc d'une libre adhésion de personnes qui ne sont ni des clients, ni des assujettis, mais des membres volontairement regroupés pour construire le cadre d'une couverture sociale complémentaire solide.

ANALYSER

Des solidarités entre actifs et retraités, ... en cohérence avec une construction d'une protection sociale construite POUR les agents publics.

Seuls peuvent bénéficier d'une participation financière de l'Etat les garanties permettant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre bénéficiaires, actifs et retraités. Ce principe est consacré par la loi de modernisation de la Fonction publique du 2 février 2007, en faveur des solidarités intergénérationnelles.

Ces solidarités, essentielles, permettent de protéger les plus faibles et d'assurer une couverture pour tous les agents publics, actifs et retraités, à un tarif maîtrisé. Cette démarche solidaire constitue la raison d'être des mutuelles de fonctionnaires, elle s'inscrit dans leur A.D.N.

Un couplage des risques santé et prévoyance ... favorisant une couverture complète et financièrement plus attractive.

Le couplage obligatoire des risques santé et prévoyance pour l'organisme candidat au référencement permet d'offrir aux agents publics de l'Etat un double avantage :

► Premièrement, le couplage des risques garantit une couverture globale, plus protectrice. Si les retraités ne sont concernés que par le risque santé et décès, les agents actifs se trouvent quant à

eux couverts à la fois contre la maladie mais aussi ses conséquences (arrêts de travail, perte de salaire...).

► Deuxièmement, le couplage des risques présente l'atout de l'attractivité tarifaire. Et la mutualisation élargie des risques donne aux employeurs une capacité de négociation financière renforcée auprès des opérateurs complémentaires.

Une relation entre l'employeur et l'opérateur complémentaire, ... favorisant la prévention et l'accompagnement social à l'emploi.

Les cahiers des charges destinés aux opérateurs émanent directement de l'employeur. De l'autre côté, l'opérateur complémentaire apporte son expertise technique dans le choix possible de garanties en vue de la couverture des risques délimités par l'employeur. La bonne connaissance des agents et de leurs besoins par l'opérateur constitue indéniablement un plus. En ce sens, la position affinitaire des mutuelles de

fonctionnaires, leur implication et leur association à la PSC des agents renforce leur légitimité à agir. C'est de cette proximité et de cette connaissance que découle la mise en œuvre d'une politique de prévention et d'accompagnement social la plus efficace possible. Pour autant, cette relation employeur/opérateur ne peut que s'affaiblir lorsque l'employeur choisit de référencer plusieurs opérateurs.

Une ouverture accrue à la concurrence très destructrice du dispositif de référencement :

Comme le relève la mission inter-inspections dans ses premiers éléments de bilan de juillet 2019, le deuxième référencement, marqué par une ouverture à la concurrence mal maîtrisée, a fragilisé le dispositif. Le multi-référencement présente en effet plus d'inconvénients que d'avantages : comportements d'antisélection de la part des organismes complémentaires « entrants » préférant capter les « meilleurs risques », augmentation des frais d'acquisition, segmentation du périmètre de mutualisation des risques, exercice du choix plus complexe pour les agents.

Le multi-référencement complexifie le choix des agents dans

**MAIS UNE MISE
EN ŒUVRE À
REVOIR ...**

la mesure où, face à une pluralité d'opérateurs, référencés sur une même offre, les agents publics se trouvent confrontés à des offres identiques dans leur contenu. Le choix de l'adhérent est alors biaisé par la mise en avant d'un prix d'appel proposé (qui peut être très attractif, notamment en situation de dumping tarifaire) ou d'une stratégie de communication (qui peut également parfois être très offensive) sans tenir compte des besoins, garanties et niveau de couverture.

La concurrence n'a pas attendu le multi-référencement pour s'implanter dans la Fonction publique. Dans le référencement, la concurrence est mise en œuvre sans réserve via les appels d'offres ministériels. Tous les organismes complémentaires sont libres de répondre à la procédure de référencement et les

agents publics n'ont aucune obligation d'adhérer aux offres référencées.

De plus, l'amélioration du rapport garanties/prix, soutenue par les ardents défenseurs des bienfaits de la concurrence, est écartée par les inspecteurs. Trois ministères ont affirmé avoir obtenu, grâce à l'ouverture à la concurrence, de meilleurs rapports garanties/prix sans pouvoir le démontrer. Et des cahiers des charges, jugés trop rigides, ont conduit des organismes complémentaires à faire des offres économiquement non viables pour rester ou entrer sur un nouveau marché. De fortes présomptions de vente à perte pèsent sur certains organismes, ne pouvant qu'impacter à terme la pérennité et l'équilibre actuariel des contrats de protection des agents publics.

ZOOM EN CHIFFRES :

- ▶ 16 organismes référencés en 2019 contre 10 en 2015 (dont de nouveaux acteurs n'appartenant pas à la famille des mutuelles) ¹.
- ▶ 1 ministère sur 2 a choisi le multi-référencement ².

La régression des droits sociaux des personnels de l'Etat :

Comment ne pas s'étonner par exemple des arbitrages des pouvoirs publics en faveur de l'exclusion de la garantie dépendance des cahiers des charges ministériels ? Quel est le fondement de cette exclusion brutale ? La question reste en suspens depuis des années. En aucun cas, les textes législatifs et réglementaires cadrant le dispositif de référencement n'interdisent aux opérateurs complémentaires de proposer cette garantie en inclusion de leur offre santé/prévoyance. Et pourtant, lors des derniers appels à concurrence, les ministères ont majoritairement et scrupuleusement suivi la recommandation consternante de la circulaire du 27 juin 2016 de proscrire la dépendance en inclusion dans les cahiers des charges ministériels soumis aux opérateurs complémentaires.

Au final, ces décisions publiques ont pénalisé les plus fragiles, laissant ainsi à leur charge une addition salée pour la couverture de ce risque. Cela interroge d'autant plus lorsque l'on sait que la large mutualisation d'une garantie sur l'ensemble d'un champ ministériel permet d'offrir un tarif plus accessible à tous pour couvrir le risque associé (une dépendance optionnelle coûte 10 fois plus cher !).

La régression de la couverture complémentaire a également été fortement impactée par le choix de cabinets actuariels privés pour la rédaction des cahiers des charges. La mission inter-inspections l'a identifié. La technicité du référencement et l'absence de compétences actuarielles dans les ministères ont favorisé une mise en œuvre externalisée du dispositif (un recours généralisé à des prestataires pour le lancement du référencement et son suivi). Méconnaissant les risques spécifiques des agents publics et, plus largement, le statut général de la Fonction publique, leurs travaux ont parfois débouché sur des garanties très proches de celles des contrats collectifs obligatoires du secteur privé. Cette réalité, combinée à une dépréciation du dialogue social, entraîne inévitablement des répercussions sur la couverture des agents publics.

Globalement, cette couverture s'est affaiblie (garanties moins couvrantes, perte de la couverture du risque dépendance, abandon des dispositifs conventionnels avec les professionnels de santé...). Mais les agents publics ne s'y sont pas trompés et sont restés souvent dans les anciennes offres référencées plus couvrantes. Alors qu'ils étaient environ 7 agents



actifs sur 10 à adhérer à un contrat référencé, la forte majorité ne s'y engage plus. Comme le relève la mission inter-inspections, l'adhésion des agents aux nouvelles offres référencées par les ministères est très faible. Les conséquences sont lourdes. Les

transferts de solidarité sont d'autant plus réduits et c'est le principe même de participation financière de l'employeur public à la couverture de ses personnels qui perd tout son sens.

Le fort recul des solidarités :

De manière paradoxale, les exigences ministérielles n'ont pas tenu compte de l'obligation de solidarité imposée par la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007. La libre pondération des critères de choix des opérateurs référencés a en effet laissé

la part belle aux critères financiers, occasionnant une dangereuse dérive de l'objet social visé par la loi. Si l'on ajoute à cela, la taille des périmètres ministériels, revue à la baisse via le multi-référencement, on comprend aisément le recul des solidarités.

ZOOM EN CHIFFRES³ :

- ▶ Seuls 3 ministères ont favorisé les critères solidaires par rapport aux critères financiers.
- ▶ De nettes augmentations de pondération du critère « prix » sont à souligner. A titre d'exemple, pour le ministère des affaires européennes et étrangères, le poids des critères financiers est passé de 35% à 60% entre la première et la seconde phase du dispositif de référencement.

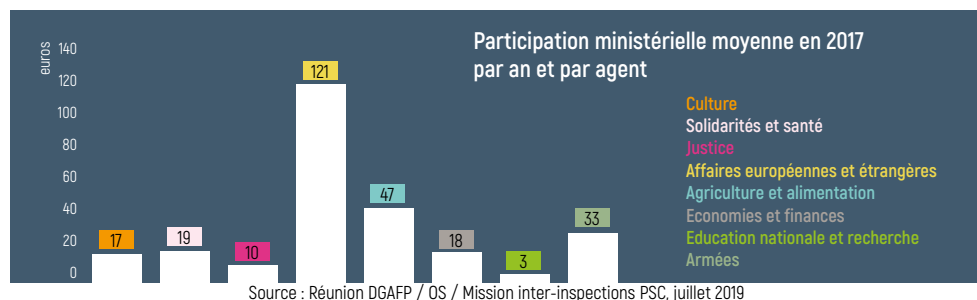
Le creusement des inégalités entre agents publics de l'Etat :

La mission inter-inspections relève un niveau de participation financière des ministères à la PSC très hétérogène et en baisse depuis 2005. Non seulement

le caractère facultatif de l'aide, dans son principe et son montant, génère de fortes inégalités, mais les ministères interviennent également en ordre dispersé.

ZOOM EN CHIFFRES :

- ▶ Aucune participation n'est versée par le Ministère de l'Intérieur pour soutenir financièrement la couverture complémentaire de ses personnels.
- ▶ Une participation moyenne en 2017 de 126€ par an et par agent : 121€ pour les Affaires européennes et étrangères et 3€ pour l'Education nationale et la recherche⁴.



1-4 Réunion DGAFF / OS / Mission inter-inspections PSC, juillet 2019
2-3 Cahiers des charges ministériels

Le cadre juridique de la protection sociale complémentaire (PSC) des agents territoriaux, adapté aux spécificités de la Fonction publique territoriale, a permis de sécuriser la participation financière des collectivités. Autre avancée notable, l'implication des collectivités locales dans un dispositif d'aide à la PSC de leurs agents est en hausse.

Néanmoins, des objectifs, pourtant importants, ne sont pas atteints : la couverture des agents est insuffisante (malgré une certaine évolution, 1 agent sur 2 n'est pas couvert en prévoyance) ; le degré de solidarité est limité...

D'évidence, en dépit d'un cadre juridique qui devrait être amélioré, les dispositifs de labellisation et de convention de participation ont trouvé leur place et leur légitimité dans la territoriale.

UN DOUBLE DISPOSITIF ADAPTÉ...

■ La liberté d'adhésion de l'agent est préservée ... en cohésion avec une « protection sociale » initialement construite PAR les agents publics.

L'agent est libre d'adhérer ou non au(x) contrat(s) éligible(s) à la participation financière de son employeur. Cela lui permet une totale liberté dans le choix de sa couverture complémentaire. Ce caractère volontaire de l'adhésion est au cœur des valeurs mutualistes.

En effet, les mutuelles, personnes morales de droit privé à but non lucratif, sont des organisations

qui se sont construites au fil des années sur l'entraide, base d'une solidarité volontaire. Il s'agit donc d'une libre adhésion de personnes qui ne sont ni des clients, ni des assujettis mais des membres qui se sont volontairement regroupés pour construire le cadre d'une couverture sociale complémentaire solide.

■ Des solidarités entre actifs et retraités sont exigées, ... en cohésion avec une « protection sociale » initialement construite POUR les agents publics.

Seuls peuvent bénéficier d'une participation financière de l'employeur territorial les contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre des dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités. Ce principe est posé par la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007. Il consacre les solidarités

intergénérationnelles, essentielles pour protéger les plus fragiles et assurer une couverture à un tarif maîtrisé.

Cette démarche solidaire constitue la raison d'être des mutuelles de fonctionnaires, elle s'inscrit dans leur A.D.N.

ANALYSER

Le découplage des risques santé et prévoyance est prévu par décret, ... permettant une souplesse en accord avec les spécificités de la Fonction publique territoriale.

L'étendue des garanties santé / prévoyance est laissée à l'appréciation de l'employeur. Le fondement est double dans :

► La multiplicité et la diversité des collectivités : il est compréhensible de laisser l'opportunité à une petite commune de choisir son dispositif de participation financière et abonder à la couverture en santé et/ou prévoyance de ses agents en fonction de leurs besoins.

► La prévention des situations de précarité : La participation suffisamment incitative de l'employeur sur le risque prévoyance, notamment le maintien de salaire, peut faire toute la différence dans ce versant de la Fonction publique où une forte proportion d'agents territoriaux relève de la catégorie C.

Ainsi, les objectifs et la situation de la collectivité fondent logiquement le choix de la collectivité.

ZOOM EN CHIFFRES :

- 18 régions, 101 départements et plus de 35 000 communes ¹ marquent la multiplicité d'employeurs dans la Fonction publique territoriale.
- Près de 8 agents territoriaux sur 10 sont de catégorie C. ²

La simplicité et la portabilité du contrat sont au cœur de la procédure de labellisation, ... en accord avec les moyens de la collectivité et les besoins des agents.

Simple dans sa mise en œuvre, la procédure de labellisation permet à l'employeur de participer à la protection sociale complémentaire de ses agents sans expertise ou technicité particulière du sujet, même si un suivi individualisé doit s'opérer au service

RH.

Autre atout non négligeable de la labellisation : la portabilité du contrat. Elle permet à l'agent de garder son contrat en cas de changement d'employeur.

ZOOM EN CHIFFRES :

- 8,4%, c'est le taux de mobilité des agents territoriaux sur la période 2015-2016 ³

L'implication des employeurs territoriaux est au cœur de la convention de participation ... pouvant ainsi favoriser une couverture complémentaire adaptée aux besoins des agents.

Les cahiers des charges destinés aux opérateurs complémentaires émanent directement de l'employeur qui connaît les spécificités des métiers de service public. Le lien de proximité lui permet de mettre en place une couverture qui répond au plus près des besoins de ses personnels en matière de protection sociale (en complément du statut). En cela, ils sont des acteurs incontournables des droits sociaux des agents. Ils sont en première ligne pour négocier les termes des contrats complémentaires, quant aux conditions tarifaires et aux garanties adaptées aux besoins et à la diversité des personnels

territoriaux.

De fait, les agents ont ainsi la possibilité et la facilité de s'engager dans une couverture préalablement négociée pour eux, en concertation avec les représentants syndicaux. Sur ce dernier point, la mission inter-inspections relève dans ses premiers constats de juillet 2019 que « les organisations syndicales sont davantage associées [sur le versant territorial, et à l'inverse de la Fonction publique d'état] à l'élaboration de la PSC qui repose le plus souvent sur une étude des besoins.

MAIS DES POINTS À AMÉLIORER ...

■ **Le caractère facultatif de l'aide, dans son principe et son montant, génère de fortes inégalités, ... impactant de facto l'accès financier à une couverture complémentaire.**

L'employeur est libre de participer financièrement ou non à la protection sociale complémentaire de ses agents. Dès lors qu'il fait le choix de participer, il reste toutefois libre d'attribuer le montant d'aide de son choix. Aucune participation minimale n'est exigée.

De fait, dans ce système où la participation financière de l'employeur est facultative et dénuée de tout montant de participation « plancher », l'inégalité de traitement entre agents est inévitable, aussi bien dans un même versant que d'un versant à l'autre. D'ailleurs, selon les premiers constats de la mission inter-inspections, les montants de participation dans la FPT « seraient en moyenne nettement plus élevés que dans la FPE ».

ZOOM EN CHIFFRES ⁴ :

- ▶ Près de 5 collectivités sur 10 participent financièrement au risque santé.
- ▶ Près de 7 collectivités sur 10 participent financièrement au risque prévoyance.
- ▶ Une participation moyenne de 17,10 € / mois en santé contre 11,40 € / mois en prévoyance avec des écarts forts d'une collectivité à l'autre.

■ **Les retraités sont désavantagés, ... ils financent seuls leur cotisation santé et ne bénéficient qu'à la marge des mécanismes de solidarité, faute d'information suffisante.**

L'aide financière de l'employeur territorial à la couverture complémentaire est destinée aux seuls agents actifs. Les retraités, quel que soit leur statut, perdent toute aide financière dès leur passage à retraite. Aussi, ils apparaissent très impactés financièrement : baisse de leurs revenus, suppression de l'aide financière de leur employeur pour leur couverture santé, augmentation de leur cotisation complémentaire mensuelle...

Ces derniers peuvent toutefois bénéficier de mécanismes solidaires (donc de cotisations modérées) s'ils adhèrent soit à un contrat ou règlement labellisé soit à une convention de

participation conclue par la dernière collectivité où ils étaient employés.

Néanmoins, le bénéfice « théorique » par les retraités de ces mécanismes de solidarité reste très relatif en pratique. Et pour cause : dès la retraite, et à l'inverse de la Fonction publique d'état, les agents territoriaux perdent le lien avec la dernière administration employeur. Celle-ci n'est alors plus en capacité de suivre la situation de ses anciens agents et de les informer de façon satisfaisante du dispositif de protection sociale complémentaire mis en place.

ZOOM EN CHIFFRES :

- ▶ Près de 590 800 retraités de la Fonction publique territoriale sont lésés de toute aide au financement de leur couverture complémentaire ⁵.
- ▶ Près de 9 décideurs sur 10 se déclarent favorables à la mise en place de mesures d'information supplémentaires à destination des agents et des décideurs des collectivités territoriales concernant la protection sociale complémentaire ⁶.
- ▶ Plus de 7 retraités sur 10 ne savent pas qu'ils peuvent bénéficier des mécanismes de solidarité ⁷.



■ Le très faible encadrement des garanties du risque prévoyance fragilise les droits sociaux, ... creusant les inégalités entre les agents territoriaux.

Pour être éligibles à la participation financière de l'employeur territorial, les contrats ou règlements de prévoyance doivent comprendre a minima la garantie « incapacité de travail ».

A contrario, la garantie « invalidité » n'est pas obligatoirement requise alors que ses conséquences peuvent s'avérer très lourdes.

D'évidence, ce faible encadrement des garanties prévoyance fragilise les droits sociaux des agents et creuse leurs inégalités de couverture. Ce constat est d'autant plus alarmant dans le versant territorial où de nombreux agents publics peuvent se retrouver en situation précaire sans couverture prévoyance.

ZOOM EN CHIFFRES :

► Moins d'1 agent territorial sur 2 bénéficie d'une couverture en prévoyance⁸. (Ce constat est d'autant plus inquiétant que comme tous les agents publics, l'agent territorial perd la moitié de son salaire dès le 4ème mois d'arrêt de travail)

■ La procédure de labellisation porte le risque de cantonner l'employeur à un rôle de co-financier, ... amoindissant ainsi son rôle d'accompagnement des agents.

La labellisation permet aux agents de choisir une couverture complémentaire parmi plus de 300 contrats. Atout incontestable, cet éventail de possibilités ne permet toutefois pas à tous les agents de se repérer aisément.

L'employeur, lui, voit son rôle d'accompagnement amoindri. N'ayant ni la main sur les critères de

solidarité, ni sur les prestations proposées, il renvoie aux seuls opérateurs le soin de déterminer l'offre destinée à ses agents.

Une certaine pédagogie s'impose donc à l'égard des agents afin de les encourager à choisir la couverture la plus adaptée à leurs besoins et non systématiquement la moins chère.

■ Dans la convention de participation, une trop faible valorisation du critère de la maîtrise financière, ... exacerbant ainsi le phénomène de sous-tarification.

La sous-tarification est un risque inhérent à la mise en concurrence des opérateurs. Dans le versant territorial, des pratiques de sous-tarification ont été constatées dans certaines collectivités. Les « nouveaux opérateurs » fixaient en effet des prix attractifs, dans l'objectif d'être retenus, sans connaître le risque assuré (métiers plus exposés, population majoritairement féminine, majorité de catégorie C, absentéisme relativement élevé...) et sans projection fiable (aussi bien concernant les risques que la population concernée).

Résultat : des contrats fortement déficitaires sont

apparus dans certaines villes et cela, en deux voire trois ans seulement.

Aussi, il apparaît essentiel de favoriser la bonne tarification du risque santé et du risque prévoyance dans les conventions de participation afin de garantir la pérennité du contrat. Cela peut se faire, par exemple, sur la base de tables d'expérience certifiées dans le secteur spécifique de la Fonction publique territoriale, ou encore en valorisant le critère de la maîtrise financière dans le choix de l'opérateur complémentaire retenu. C'est l'une des propositions fortes portées dans le Livre Blanc MNT⁹.

4-6 Enquête IFOP - MNT d'octobre 2017 réalisée auprès de 302 décideurs locaux

5 Rapport annuel sur l'Etat de la Fonction publique, Edition 2018

7-8-9 Livre blanc MNT Santé mieux-être au travail des agents territoriaux, Etat des lieux et propositions, février 2018

La FPH est le seul versant où n'ont pas été organisées les conditions d'une participation financière directe de l'employeur. Les mécanismes de référencement et de convention de participation/labellisation dans la FPE et la FPT sont sans équivalent dans ce versant. Néanmoins, les hospitaliers bénéficient de droits spécifiques : un droit aux « soins gratuits » et le financement d'une « prestation maladie » via les crédits d'action sociale versés dans le cadre du CGOS (organisme gestionnaire de l'action sociale de plus de 2000 établissements).

D'évidence, l'évaluation de l'opportunité de mise en œuvre d'un dispositif de participation au financement de la protection sociale complémentaire dans la FPH ne doit pas se faire au détriment des agents. Il apparaît donc essentiel de tenir compte des spécificités statutaires hospitalières et de préserver les droits acquis des personnels, dans le respect du dialogue social.

DES DROITS SPÉCIFIQUES FORTS ...

■ Les agents hospitaliers disposent d'une protection spécifique et essentielle, ... d'une part en santé, d'autre part en prévoyance.

Les agents hospitaliers bénéficient de droits spécifiques pour faire face à la maladie et ses conséquences.

Sur le risque santé, ils bénéficient d'un droit à la gratuité des soins, sous certaines conditions d'éligibilité, pour les frais d'hospitalisation, les frais médicaux et les produits pharmaceutiques.

Sur le risque prévoyance, ils bénéficient (hors AP-HP) d'une « prestation maladie » du CGOS qui leur assure un maintien de

salaires au-delà de leur droit statutaire (par exemple, pour les fonctionnaires, à partir du 4ème mois pour le congé ordinaire et à partir de 12 mois pour le congé longue maladie).

Au-delà d'être spécifique car exclusive à la Fonction publique hospitalière, cette protection est également essentielle dans la mesure où les agents hospitaliers financent seuls leur couverture complémentaire.

■ Le droit aux soins gratuits est statutairement reconnu, ... en accord avec la spécificité des risques et des missions de la Fonction publique hospitalière.

Les métiers de la Fonction publique hospitalière exposent les personnels à des risques divers tels que les risques infectieux liés aux soins, les risques psychosociaux, l'exposition à des produits dangereux, aux troubles musculosquelettiques...

La spécificité de leurs métiers et les risques professionnels associés sont le fondement même

de la reconnaissance statutaire d'un droit aux soins gratuits, sans équivalent direct dans les autres versants de la Fonction publique.

De toute évidence, la protection du personnel hospitalier et celle du malade sont étroitement liées. En effet, comment prendre soin d'un patient lorsque soit même on ne va pas bien ?

ANALYSER

La gratuité des frais d'hospitalisation concerne tous les fonctionnaires hospitaliers en activité, ... indépendamment de la spécialité de l'établissement employeur.

La prise en charge des frais d'hospitalisation au titre des soins gratuits s'impose à tous les établissements employeurs (établissement hospitalier ou non) relevant du statut général de la Fonction publique hospitalière. Sous réserve du respect des conditions posées par l'article 44 (formalité spécifique en cas d'hospitalisation dans un établissement autre que

l'établissement employeur), les établissements sociaux et médico-sociaux sont concernés au même titre que les établissements sanitaires par la prise en charge des frais d'hospitalisation de leurs personnels.

Tous les fonctionnaires hospitaliers en activité doivent ainsi pouvoir bénéficier de cette mesure.

ZOOM EN CHIFFRES ¹ :

- **88% des agents hospitaliers (dont contractuels) relèvent d'un établissement hospitalier**

La « prestation maladie » du CGOS assure un maintien de salaire à près de 63 000 agents par an, ... preuve de son caractère indispensable et salubre.

La forte proportion d'agents publics bénéficiaires de la « prestation maladie » du CGOS démontre à elle seule l'atout que représente cette prestation. Celle-ci est aujourd'hui devenue indispensable tant les conditions de travail actuelles dans le secteur

hospitalier fragilisent la santé des agents. Ce sont ainsi près de 63 000 agents hospitaliers en arrêt de travail qui ont pu bénéficier en 2018 d'aides pour compenser leur perte de salaire (situation de demi-traitement).

ZOOM EN CHIFFRES ² :

- **92,4 millions d'euros de « prestations maladie » versées en 2017.**
- **62 470 agents bénéficiaires de la « prestation maladie » en 2017.**
- **Une prestation en hausse : une augmentation de 1,82 % entre 2016 et 2017.**

La « prestation maladie » du CGOS est versée aussi bien aux fonctionnaires qu'aux contractuels, ... sans discrimination dans ses bénéficiaires.

Le maintien de salaire, permis par le versement de la « prestation maladie » du CGOS, bénéficie à la fois aux contractuels (justifiant plus de 4 mois de présence au 1er jour d'arrêt maladie) et aux fonctionnaires. Au

regard du taux élevé d'agents contractuels dans la Fonction publique hospitalière, ce large champ de bénéficiaires mérite d'être salué.

ZOOM EN CHIFFRES ³ :

- **Près d'1 agent hospitalier sur 5 est un contractuel.**
- **La part des contractuels dans la Fonction publique hospitalière est en constante hausse avec un taux évalué à 18,2% en 2016 contre 13,5% en 2006.**

1 Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique, Edition 2018

2 Chiffres clés 2017 CGOS

3 Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique, Edition 2018

4 Mission inter-inspections, premiers constats de juillet 2019

5 Etude MFP/Harris Interactive 2018

6-7 Mission inter-inspections, premiers constats de juillet 2019

8 Chiffres clés AGOS PAP

9 Chiffres clés 2017 CGOS

10 Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique, Edition 2018

DES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE ...

L'application de la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007 est toujours en sursis, ... une carence dont les retraités sont les premières victimes.

Dans la Fonction publique les agents hospitaliers font figure d'exception en matière d'aide à la protection sociale complémentaire. Faute de publication d'un décret, ils ne

dans la Fonction publique hospitalière ». Tels sont les termes de la question posée par le Gouvernement aux inspections générales IGF, IGAS, IGA, en février 2018.

La loi doit-elle être appliquée dans le versant hospitalier ? Quid de l'objectif social de celle-ci ? A l'antithèse de ce que présageait la loi, les retraités se trouvent aujourd'hui les plus pénalisés. En l'absence de décret, ils financent leur couverture complémentaire sans bénéfice des solidarités protectrices prévues par la loi de 2007. De plus, ils sont exclus du dispositif spécifique de soins gratuits. Aussitôt à la retraite, l'accès aux soins gratuits est inopérant. Au final, quelle reconnaissance pour les années passées à soigner des milliers de personnes ?

bénéficient pas de la participation directe de l'employeur au financement de leur couverture complémentaire.

Initialement prévue dans la loi de 2007, cette possibilité de participation directe est assortie d'une condition : la mise en œuvre des solidarités entre actifs et retraités. Douze ans après, se pose à nouveau le débat sur « l'opportunité de la mise en œuvre d'un dispositif de participation au financement de la protection sociale complémentaire

ZOOM EN CHIFFRES 4 :

► 22% des agents de la FPH déclarent renoncer aux soins. Ce taux est comparable à l'ensemble de la population (26% pour l'ensemble de la fonction publique et 24% pour le privé)

Le dispositif de soins gratuits ne couvre que partiellement le risque santé, ... laissant les agents seuls face au financement de diverses dépenses.

Le périmètre du dispositif de soins gratuits, certes considérable, ne couvre pas la totalité des dépenses de santé. Sont notamment exclus de ce périmètre les prothèses dentaires, et les appareillages divers (lunettes, appareillages auditifs...).

Les bénéficiaires du dispositif de soins gratuits ne

sont donc pas dispensés d'une souscription à une couverture santé lorsqu'ils souhaitent profiter d'une couverture plus étendue que celle permise par leur droit statutaire. De la même manière, le dispositif de soins gratuits s'appliquant exclusivement au fonctionnaire lui-même, la couverture de ses proches nécessite tout autant une telle souscription.

Une véritable inégalité dans l'accès aux soins gratuits est à déplorer, ... allant d'une application disparate du dispositif à l'exclusion pure et simple des contractuels et des retraités.

L'inégalité des agents hospitaliers dans l'accès à la « gratuité des soins » peut être présentée comme la résultante de trois facteurs :

► La rédaction même de l'article 44

La seule référence au « fonctionnaire en activité » exclut de facto les contractuels comme les retraités. En outre, bien que concernés par les dispositions de l'article 44, les fonctionnaires en activité ne sont pas pour autant épargnés par l'inégalité dans

l'accès aux soins gratuits. En cause, la limitation de la gratuité des soins médicaux et des produits pharmaceutiques à l'établissement au sein duquel le fonctionnaire en activité exerce ses fonctions. En effet, comment les agents hospitaliers peuvent-ils se soigner dans leur établissement d'appartenance alors que les spécialistes nécessaires n'y sont pas et que les agents peuvent aussi souhaiter un cadre plus favorable à la confidentialité ?



► Le non-respect de ce droit par de nombreux établissements

Sur ce point, la réticence pour contraintes budgétaires et administratives tout comme la méconnaissance du dispositif par l'employeur lui-même est régulièrement avancée. Au-delà, une véritable mise en œuvre hétérogène entre type d'établissements (hospitaliers, sociaux, médico-sociaux) s'est installée.

► La méconnaissance de ce droit par les bénéficiaires du dispositif

Cette méconnaissance, regrettable, ne fait qu'entraver encore plus l'accès légitime des « fonctionnaires en activité » à ce droit statutaire.

ZOOM EN CHIFFRES :

- 69% des agents hospitaliers estiment se sentir mal informés sur la protection sociale et estiment que les enjeux de santé et de bien-être au travail sont aujourd'hui mal pris en compte par leur employeur⁵.
- Au maximum 3% des agents éligibles bénéficient de soins gratuits en matière d'hospitalisation⁶.
- En matière de consultations médicales (composante de frais la plus prise en charge au titre de ce dispositif), 28% des CHU/CHR, 21% des CH et 13% des CHS appliquent le dispositif⁷.

Des milliers d'agents sont privés de la « prestation maladie » du CGOS, ... zoom sur les agents de l'AP-HP.

Le versement de la « prestation maladie » (maintien de salaire) est une spécificité du CGOS. A l'inverse de la grande majorité des agents hospitaliers, les agents de l'AP-HP ne relèvent pas de cet organisme, mais de l'AGOSPAP qui ne verse pas de prestation similaire à la « prestation maladie » du CGOS. De

fait, seuls les agents de l'AP-HP qui ont souscrit à une couverture complémentaire peuvent potentiellement bénéficier d'un maintien partiel de salaire. Pour les autres, lors du passage à demi-traitement, il n'y a pas de compensation de salaire.

ZOOM EN CHIFFRES⁸ :

- L'AGOSPAP compte 83 883 ouvriers droit de l'AP-HP

La « prestation maladie » du CGOS est aujourd'hui remise en cause, ... menaçant le maintien de salaire de près d'1 million d'agents.

La remise en cause de cette prestation par la Cour des Comptes constitue une véritable menace pour les agents hospitaliers. Sa disparition impacterait de plein fouet les plus fragiles d'entre eux. Sans compensation des pertes de salaires subies au-delà de 3 mois d'arrêt maladie, le risque de précarité est grand. A l'heure où la santé au travail des agents

hospitaliers se fragilise, il serait incompréhensible de revoir à la baisse leurs droits actuels en prévoyance. Si un nouveau modèle devait voir le jour, il faudrait a minima un montant d'aide équivalent à celui versé actuellement par le CGOS... Dans le cas contraire, ce serait une véritable régression pour les agents hospitaliers.

ZOOM EN CHIFFRES :

- Le CGOS comptabilise 954 000 ouvriers droits (agents hospitaliers).⁹
- 48% d'agents hospitaliers sont en catégorie C.¹⁰

ANALYSER

La mise en œuvre de réelles solidarités au sein des communautés professionnelles fonctionnaires permet depuis des décennies aux agents, la vie durant et de manière volontaire, de se couvrir individuellement et collectivement contre la maladie et ses conséquences.

Ce système solidaire permet de mettre en œuvre des solidarités croisées entre les risques et les populations : les actifs participent au financement de la santé et de la dépendance des plus âgés lesquels, en retour, contribuent au financement du décès prématuré et de l'incapacité de travail des actifs.

Pour que la solidarité soit effective et le coût des contrats réduit, les « transferts » entre générations et catégories de personnes sont essentiels. Ils assurent un soutien indispensable aux agents les plus fragiles.

Le principe de solidarité, fondamentalement ancré dans la protection sociale de la Fonction publique, est consacré par la loi du 2 février 2007 de

modernisation de la Fonction publique, applicable aux trois versants - Etat, territorial et hospitalier. Elle inscrit dans le marbre ce principe de solidarité en y conditionnant la participation financière des employeurs publics à la couverture complémentaire de leurs personnels.

Mais, après plusieurs années de mise en œuvre de la loi, il apparaît que l'objectif social visé par la loi est fortement mis à mal dans les trois versants de la Fonction publique.

La stimulation du marché souhaitée par les pouvoirs publics, la forte pondération des critères financiers dans le choix des opérateurs référencés, la garantie dépendance devenue optionnelle, le manque d'information des retraités territoriaux, l'exclusion des retraités des dispositifs spécifiques du versant hospitalier... autant d'éléments concrets qui créent des ruptures évidentes de solidarité.

Aujourd'hui, c'est bien la dérégulation des mécanismes de solidarité, notamment intergénérationnelle, qui est en marche.

SOLIDARITÉS

Dans la Fonction publique d'état

Dans le cadre du renouvellement des référencements ministériels, les orientations des pouvoirs publics se sont révélées contradictoires avec l'esprit de la loi de 2007. La solidarité, pilier des dispositifs de participation de l'employeur public, a été fragilisée par les arbitrages politiques avec notamment :

► la volonté d'accentuer une concurrence, pourtant déjà existante, sur le marché de la protection sociale complémentaire des fonctionnaires, au risque de segmenter des champs professionnels entiers et désorganiser les mécanismes de solidarité protecteurs pour les adhérents, notamment les plus vulnérables et les plus exposés aux risques :

→ Comment comprendre que 3 opérateurs soient référencés sur le champ de l'Agriculture... alors que les effectifs sont faibles (quelque 51 000 agents actifs) ?

D'évidence, cela impacte le degré de mutualisation, qui apparaît insuffisant pour supporter les effets de la concurrence. C'est bien la viabilité du dispositif à long terme qui se trouve ainsi mise en jeu...

► la valorisation des critères financiers au détriment des critères de solidarité dans le choix des opérateurs référencés par les ministères employeurs :

→ Le constat est très net aux Affaires étrangères où la pondération des critères financiers passe de 35% (en 2008) à 60% (en 2016), au détriment des critères de solidarité réduits en parallèle de 40% à 20%.

► l'encadrement à la baisse de certaines garanties des cahiers des charges ministériels dans l'objectif de ne pas biaiser la concurrence :

→ L'exemple le plus frappant est sans nul doute l'exclusion de la garantie dépendance de la majeure partie des nouvelles offres référencées à l'Etat. En 2016, le renouvellement des référencements ministériels a fait « table rase » de plusieurs décennies de cotisations des personnels de l'Etat. Ils bénéficiaient pourtant d'une couverture en dépendance dans les offres référencées par leur employeur.

Pourquoi les pouvoirs publics ont fait le choix de supprimer cette protection essentielle et financièrement accessible alors qu'ils peinent à mettre en place un autre système suffisamment protecteur pour tous ?

Les personnels de l'Etat ne s'y sont pas trompés. Ils sont nombreux à avoir conservé leur ancienne couverture complémentaire, proposée par leur mutuelle de fonctionnaires, déclinant celle mise en place par leur employeur ministériel, et s'écartant ainsi volontairement de la participation financière associée.

Dans la Fonction publique territoriale

Pour faire jouer pleinement la solidarité intergénérationnelle, il est essentiel de veiller à la bonne information des retraités. Cela est prévu par l'article 22 du décret de 2011 :

« Une information générale sur le présent dispositif est assurée par le ministre chargé des collectivités territoriales. La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques publient, par tous moyens, cette information à destination des retraités ».

Néanmoins, dans les faits, l'information des agents retraités, levier d'action nécessaire à la construction de contrats solidaires, pose de nombreuses difficultés d'application.

Les agents retraités, concernés par le risque santé, ne perçoivent pas d'aide financière de leur ancienne collectivité employeur mais peuvent bénéficier des conditions solidaires s'ils adhèrent soit à un contrat ou règlement labellisé soit à une convention de participation conclue par la dernière collectivité où ils étaient employés.

Lors de leur passage à la retraite, et à l'inverse de la Fonction publique d'état, les agents territoriaux perdent le lien avec la dernière administration qui les a employés. Celle-ci n'est alors plus en capacité de suivre la situation de ses agents et de les informer du dispositif de protection sociale complémentaire mis en place au bénéfice de ses agents.

Pour obtenir les informations nécessaires à ce sujet, les agents retraités deviennent alors dépendants des moyens utilisés par les caisses de retraite, la CNRACL, Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales, et l'IRCANTEC, pour connaître et faire valoir leurs droits.

Le Conseil supérieur de la Fonction publique territoriale relève ce manque d'information des agents retraités et, de fait, le non accès de cette catégorie aux dispositifs de participation.

ZOOM EN CHIFRES

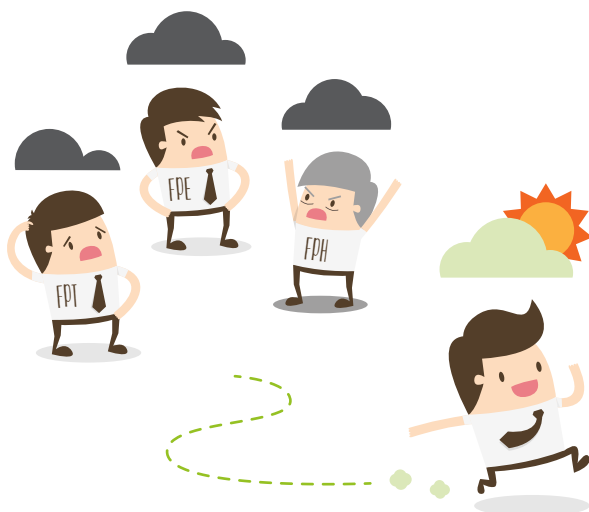
► Ce sont plus de 7 retraités sur 10 qui n'ont pas accès à ces informations.

Source : Livre blanc MNT Santé mieux-être au travail des agents

Dans la Fonction publique hospitalière

Le dispositif spécifique de l'article 44 de la loi relative au statut de la Fonction publique hospitalière, concernant la gratuité des soins médicaux et les frais d'hospitalisation, ne bénéficie qu'aux seuls actifs, excluant ainsi les retraités et les agents contractuels.

En effet, le texte ne fait référence qu'au « fonctionnaire en activité ».





L'obligation d'information est un facteur essentiel au maintien des constructions solidaires de protection sociale. Mais au-delà de ce levier essentiel de l'information, il apparaît aussi important de favoriser les critères de solidarité dans le choix des opérateurs complémentaires qui propose des offres aux agents publics.

C'est un moyen incontournable pour atteindre l'objectif de solidarité intergénérationnelle qui doit s'imposer dès le début des procédures de sélection des offres complémentaires en santé et/ou en prévoyance.

Par ailleurs, dans le versant territorial de la Fonction publique, face au faible niveau d'affiliation volontaire des retraités, qui génère un déséquilibre concurrentiel entre les opérateurs, il serait possible d'y pallier en organisant une péréquation entre les organismes via la création d'une caisse de compensation / un fonds de solidarité intergénérationnelle, sur la base d'un contrat de référence. Chaque opérateur complémentaire cotiserait à ce fonds en fonction du nombre de ses actifs et recevrait en fonction du nombre de ses retraités adhérents.

Ce système pourrait remédier à l'exclusion des retraités et renforcer d'autant le principe de solidarité intergénérationnel de la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007.

DEFENDRE

... INCONTOURNABLE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Le sujet de la protection sociale complémentaire (PSC) reste dans la Fonction publique un sujet encore trop « obscur » et trop « technique ». Non intégrée au statut, cette question n'a jamais été du ressort des employeurs publics. C'est la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007 qui leur a ouvert la possibilité de participer directement au financement de la complémentaire de leurs

personnels. Une dizaine d'années plus tard, un long chemin reste encore à parcourir comme le relève le Conseil Supérieur de la Fonction Publique territoriale dans son rapport du 29 mars 2017 : certains employeurs craignent qu'en participant à la mise en place d'une couverture complémentaire, ils incitent « *les agents à être malade* » augmentant ainsi l'absentéisme de leurs personnels ... !

UN ENJEU RH ...

Aujourd'hui, deux constats :

1. Une méconnaissance de la PSC très prégnante dans les administrations de l'Etat.

Cette problématique est particulièrement présente dans la Fonction publique d'état, où comme le constatent les trois inspections générales dans leur rapport PSC de juillet 2019, « *les DRH ministérielles ont un faible degré de connaissance d'un dispositif dont la mise en œuvre est largement externalisée* ». L'absence de compétences actuarielles des bureaux en charge de la PSC, couplée à l'absence de mémoire sur le dispositif liée à sa durée (7 ans) et au *turn-over* des personnels, engendre un recours systématique à des cabinets privés, peu connaisseurs des spécificités sociales et statutaires de la Fonction publique.

Conséquences : des cahiers des charges trop rigides et inadaptés aux besoins de couverture des agents notamment en prévoyance où les conditions d'attribution des prestations restent floues entraînant des attentes de versement inacceptables.

DEFENDRE

2. Un investissement plus marqué dans les collectivités territoriales mais qui demeure insuffisant.

Contrairement à l'Etat où le risque prévoyance est couplé au risque santé, un agent territorial sur deux n'est pas couvert par un contrat de prévoyance, en dépit des conséquences sociales qui peuvent être catastrophiques. Les collectivités sont de ce fait plus impliquées sur cette question et conçoivent de plus en plus la PSC comme un véritable élément d'attractivité dans leur stratégie de recrutement.

Cela dit, malgré l'implication des DRH territoriaux sur ces questions, indéniablement plus forte que dans les administrations de l'Etat, la méconnaissance des techniques assurantielles, cumulée aux fortes contraintes budgétaires, a clairement engendré des dérives dans la mise en œuvre des dispositifs de participation et notamment le développement de pratiques de dumping tarifaire par certains opérateurs peu scrupuleux, avides d'entrer sur le "marché territorial".

Conséquences : dans de nombreuses collectivités, le coût des contrats a dû être réévalué à la hausse générant le mécontentement aussi bien des employeurs que des agents.



■ Demain, une solution : Placer la PSC au cœur des enjeux RH

Développer une culture forte de la protection sociale est devenu un objectif incontournable pour les employeurs publics (DGS / DRH). La connaissance des risques santé / prévoyance des agents, la rédaction d'un cahier des charges adéquat aux besoins, la lecture critique des contrats ou règlements des opérateurs candidats, les enjeux liés à la mutualisation des risques et des personnes ... autant d'éléments que doivent maîtriser les acteurs qui participent à la définition des dispositifs de PSC. Cette expertise ne peut occulter l'importance d'une culture active de la PSC au niveau des personnels : un bon niveau d'information concourt d'évidence à une bonne prise en charge de leur santé et à une couverture prévoyance facilitant une reprise du travail durable. Au final, c'est l'efficacité du service public qui s'en trouvera renforcée.

■ Une avancée importante via la loi de Transformation de la Fonction publique

Un premier pas dans le bon sens vient d'être rendu possible par la loi de Transformation de la Fonction publique d'août 2019 qui prévoit, dans son article 5, que les administrations de l'Etat, les collectivités territoriales et les établissements publics hospitaliers élaborent chaque année **un rapport social unique** rassemblant les éléments et données sociales pour établir leur stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines et constituer ainsi un outil d'information et d'aide à la décision.

Dans ce rapport social, rendu obligatoire à compter du 1er janvier 2021, figure « *la santé et la sécurité au travail, incluant les aides à la protection sociale complémentaire* ».

Seule une solide culture de la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique pourra permettre non seulement de mieux appréhender la complexité des dispositifs de participation des employeurs publics mais aussi et surtout de prendre de la hauteur sur un sujet trop souvent réduit à ses seuls impacts budgétaires...

Sur le terrain des ressources humaines, les DRH/DGS doivent développer leur connaissance sur les besoins de couverture de leurs personnels via une observation et une analyse de leurs risques. D'évidence, une solution standardisée sur la base d'un cahier des charges strict n'est pas adéquate, l'offre de couverture d'ambassadeurs, de militaires du rang, de professeurs agrégés, d'infirmiers, de professionnels de l'équipement ou d'employés de mairies ne saurait en effet être comparée.

L'unique condition pour diminuer ou a minima mieux encadrer le recours systématique à l'externalisation, c'est l'implication des employeurs dans la connaissance et le suivi des risques sociaux des agents pour leur proposer une véritable couverture sociale complémentaire adéquate à leurs besoins et tenant compte de leur champ professionnel.

C'est notamment à cette condition que la protection sociale complémentaire pourra devenir un réel élément d'attractivité des métiers de service public, intégrée comme une brique d'un dispositif plus global dans une logique de bénéfice mutuel (d'une part pour les employeurs, d'autre part pour les agents).

DEFENDRE

Les organisations syndicales, représentatives des intérêts des agents publics, portent une responsabilité clé dans la négociation des conditions relatives à la protection sociale complémentaire (PSC) des personnels. Pourtant, dans les faits, le dialogue social peine à jouer pleinement...

RÔLE DES ORGANISATIONS SYNDICALES

1 ... Un rôle juridiquement reconnu

La loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social dans la Fonction publique élargit le champ de négociation des organisations syndicales à la protection sociale complémentaire des agents publics.

ARTICLE 1^{ER} DE LA LOI :

« Les organisations syndicales de fonctionnaires ont également qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives [...] A l'action sociale et à la protection sociale complémentaire. »

Publié en amont de la loi de 2010, le décret relatif à la procédure de référencement de l'Etat employeur ne contient pas de dispositions spécifiques au dialogue social. Il n'en demeure pas moins que depuis l'élargissement du champ de la négociation collective, le dialogue social a, plus que jamais, toute sa place dans la mise en œuvre de cette procédure.

Publié un an après la loi de 2010, le décret relatif aux dispositifs de participation de l'employeur territorial contient quant à lui des dispositions spécifiques au dialogue social. L'objet même du décret fait référence au dialogue social et au rôle du comité technique en la matière.

Concrètement, dès lors que l'employeur territorial souhaite instaurer une participation, cette instance de concertation, obligatoire dans les collectivités d'au moins 50 agents ¹, doit être systématiquement consultée. L'avis du comité technique est prévu une fois en amont du choix de la procédure de sélection et, dans le cadre d'une convention de participation, une seconde fois avant la délibération de l'opérateur complémentaire retenu (articles 4 et 18 du décret).

¹ Pour les collectivités et établissements de moins de 50 agents, la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique territoriale prévoit qu'un comité technique départemental est créé au sein du centre de gestion auquel ils sont affiliés.

2... Un rôle trop souvent déprécié

► Dans la Fonction publique d'état, un dialogue social plus illusoire qu'effectif.

Lors du renouvellement des conventions de référencement, le dialogue social a globalement été peu observé. La transmission partielle de documents, l'association tardive au dispositif, voire même parfois l'absence totale d'association, n'ont pas permis aux représentants du personnel de jouer pleinement leur rôle.

La circulaire ministérielle du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement n'a d'ailleurs pas favorisé le dialogue social sur le renouvellement des conventions.

Certes, la circulaire réaffirme la place du dialogue social légalement consacré en 2010. Elle rappelle notamment le rôle du comité technique comme instance dédiée pour une consultation des représentants du personnel et qualifie la mise en place d'un comité de suivi (regroupant entre autres les représentants du personnel) comme une « bonne pratique ».

Toutefois, la terminologie permissive employée interroge : « La consultation des représentants du personnel **peut concerner l'ensemble du cahier des charges**. À ce titre **peuvent être évoqués des thèmes comme le nombre d'organismes que l'employeur entend sélectionner, le nombre d'options des offres ou encore le montant total de sa participation**. ». En laissant la possibilité aux ministères de ne pas consulter les représentants

du personnel sur l'ensemble du cahier des charges, la circulaire déprécie dangereusement le dialogue social dont les agents publics sont les premières victimes.

► Dans la Fonction publique territoriale, un dialogue social plus développé mais encore insuffisant.

Contrairement à l'Etat, la mise en œuvre des dispositifs de participation dans la territoriale (convention de participation / labellisation) se distingue par un dialogue social plus marqué en matière de protection sociale complémentaire. Ce point est d'ailleurs relevé dans les premiers constats de juillet 2019 de la mission inter-inspections.

Pourtant, la saisine du comité technique reste encore trop souvent « relative ». Considérée comme un nouvel avantage social qui ne peut être contredit, la décision de participation de l'employeur est parfois relayée au comité technique qu'à simple titre informatif et non consultatif. Or, une véritable concertation avec les partenaires sociaux est indispensable pour répondre le plus justement possible aux besoins spécifiques des agents.

ZOOM FPH :

Concernant le versant hospitalier, il convient de souligner l'importance du dialogue social malgré l'absence de dispositif réglementaire permettant à l'employeur hospitalier de participer directement au financement de la complémentaire santé de ses agents.

Avec les spécificités statutaires (droit aux soins gratuits) et la « prestation maladie » versée par le CGOS, la question de l'aide à la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique hospitalière nécessite une véritable concertation. Il ne s'agit pas de « détricoter » les droits acquis des agents hospitaliers pour les remplacer par un nouveau système bien en-deçà de l'existant !

Les spécificités actuelles du versant hospitalier devront être prises en compte dans l'éventualité d'une application effective de la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007.

3... Un rôle à nécessairement renforcer

Aujourd'hui, le dialogue social est le parent pauvre des dispositifs de participation à la protection sociale complémentaire des agents publics. Celui-ci doit être renforcé pour des raisons évidentes :

► **La participation des organisations syndicales est indispensable à la définition du besoin.**

La raison d'être de la protection sociale complémentaire réside dans la réponse à apporter aux besoins des agents pour faire face aux risques de la maladie et ses conséquences. Cette protection « complémentaire » vise d'une part, à compléter les prestations du régime général de Sécurité sociale et, d'autre part, les droits statutaires.

La réponse à ces besoins, loin d'être assimilables à des « produits de consommation », appelle une démarche particulière : la concertation. Qui peut en effet mieux définir le besoin des agents publics que les agents eux-mêmes à travers leurs représentants ? Personne !

D'évidence, il n'y a pas de bon système de protection sociale complémentaire sans concertation avec les agents.

► **Une bonne définition du besoin nécessite un renforcement de la légitimité des organisations syndicales à tous les niveaux décisionnels.**

Si la loi de rénovation du dialogue social de 2010 étend le champ de négociation des organisations syndicales et promeut le développement de cette négociation à tous les niveaux, force est de constater qu'aujourd'hui, cet objectif n'est pas atteint. Pourtant, tant le national que le local constitue un niveau pertinent de négociation :

Fortes d'une solide expertise des risques de leurs populations affinitaires, les mutuelles de fonctionnaires sont incontournables.

La négociation inter-versant

La négociation inter-versants de la Fonction publique (état, hospitalier, territorial) est essentielle pour décider des axes d'un système efficient de protection sociale complémentaire communs aux trois Fonctions publiques.

La négociation par versant

La négociation au niveau de chaque versant permet de tenir compte des spécificités sociales, réglementaires et statutaires de chacun des versants.

La négociation au niveau de chaque employeur public

Tout aussi primordiale, la négociation au niveau de chaque employeur public permet de s'adapter aux besoins spécifiques de couverture complémentaire des personnels au regard de leurs missions de service public.

Pour cela, une promotion de la « culture PSC » au sein des DRH publics est incontournable : l'effectivité des dispositifs de participation repose en grande partie sur leur capacité à construire des cahiers des charges vertueux, solidaires et opposables, issus de la connaissance et de l'analyse de la population couverte. En outre, seule une véritable compréhension des risques permettra la mise en place d'actions efficaces de prévention au travail, coconstruites avec les opérateurs complémentaires.



DEFENDRE

Comme les autres citoyens, les agents publics peuvent être confrontés à des problèmes de santé. Aussi, comme eux, ils ont besoin d'une couverture complémentaire pour financer leurs soins.

Pour favoriser l'accès aux soins, les employeurs publics ont la possibilité de participer au financement

de la complémentaire de leurs agents via des dispositifs spécifiques : à l'Etat, le référencement, et dans la territoriale, la convention de participation et la labellisation.

Cette participation se doit toutefois d'être incitative à plusieurs titres...

UN ÉLÉMENT ATTRACTIF...



1 ... Une participation incitative est un élément d'attractivité des métiers de la Fonction publique.

La participation de l'employeur suscite de l'intérêt de par l'image positive qu'elle véhicule. Pourtant, elle n'est pas un « avantage social » comme un autre. Au-delà de son attrait pécuniaire, elle constitue une démarche d'accès aux soins et de prévention. C'est aussi une mesure d'accompagnement pour la prévoyance.

Dans le secteur privé, cette participation est présentée comme un véritable élément d'attractivité du contrat de travail. Dans le secteur public, l'approche est différente. Et pourtant la reconnaissance de la valeur des agents publics, premiers garants des missions de service public, reste centrale, notamment dans certains secteurs où le défaut de moyens, la dégradation des conditions de travail, la montée des situations de pénibilité au travail, accentuent le mal-être des personnels.

A l'heure où les annonces et réformes en cours accentuent le malaise des fonctionnaires (gel du point d'indice, recours accru aux contractuels, réduction des effectifs...), la protection sociale complémentaire doit, plus que jamais, être considérée comme un élément d'attractivité des services publics. C'est un élément de réflexion incontournable.

Pour rappel : selon les premières constats de la mission inter-inspections de juillet 2019, la PSC est valorisée par les collectivités territoriales dans leur stratégie de recrutement, en particulier vis-à-vis des contractuels. C'est un complément de rémunération

assumé et rendu visible. Les inspecteurs perçoivent une approche de la PSC plus ambitieuse dans le versant territorial que dans la Fonction publique d'état.

ZOOM EN CHIFRES

- Dans la territoriale, la rémunération est jugée comme l'élément le plus important de l'épanouissement professionnel. Elle apparaît néanmoins avec un niveau de satisfaction très bas : plus de 7 agents sur 10 en sont insatisfaits (alors même que 8 agents sur 10 se déclarent satisfaits d'exercer une mission de service public).
- Niveau de satisfaction concernant la rémunération : 39% des agents de catégorie A, 61% des catégorie B et 22% des catégorie C → fort poids des agents de catégorie C insatisfaits sur le sujet.

Source : Baromètre du bien-être au travail dans les collectivités MNT/La Gazette – septembre 2019

2 Néanmoins dans les faits...

L'absence de seuil plancher de participation se traduit dans les faits par une baisse constante du montant de l'aide attribuée.

Dans la Fonction publique, aucun seuil de participation financière de l'employeur à la couverture complémentaire de ses agents n'est imposé. Aussi, dans les faits, cette liberté de décision de l'employeur public se traduit globalement par une baisse constante du montant de l'aide attribuée.

A l'Etat, les cahiers des charges du premier et second référencement permettent de chiffrer cette baisse. Par exemple, au ministère de l'Economie et des finances, le plafond de participation a été jusqu'à 5 fois déprécié en passant de 19 millions à 4 millions d'euros. Mais Bercy n'est pas le seul ministère à enregistrer une baisse aussi forte. A l'Education nationale, le plafond de participation a ainsi été réduit de 8 millions (passant de 12 millions à 4 millions).

Dans la Fonction publique territoriale, le constat est le même avec des montants de participation en nette diminution au fil des années. Selon un

sondage IFOP/MNT d'Octobre 2017, au sein des collectivités engagées dans la labellisation et/ou la convention de participation, l'aide a diminué de plus de 6 € / mois sur le risque santé et de 5 € / mois sur le risque prévoyance entre 2013 et 2017. Comment accepter de telles baisses ?

La concurrence accrue à l'Etat remet en cause le principe même de la participation financière de l'employeur à la couverture complémentaire de ses personnels..

La mission inter-inspections, dans ses premières conclusions de juillet 2019, pointe du doigt une ouverture à la concurrence mal maîtrisée dans la Fonction publique d'état.

Alors que la loi autorise la participation financière des employeurs publics à la couverture complémentaire de leurs agents, la concurrence de plusieurs opérateurs sur un même champ fermé vient au final entraver le versement effectif de cette participation. En effet, les agents ont en majorité choisi de rester couverts via les anciennes offres des opérateurs « historiques », plus protectrices et complètes, au détriment des nouvelles garanties « référencées » par leur ministère. De facto, la participation publique

exclusivement réservée aux adhésions des agents dans les nouvelles offres référencées ne peut techniquement plus être versée.

C'est le principe même de participation financière de l'employeur public qui perd tout son sens.

DÉFENDRE UNE PARTICIPATION FINANCIÈRE INCITATIVE DE L'EMPLOYEUR PUBLIC À LA COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS PERMET DE :

- ▶ Limiter la baisse constatée des participations,
- ▶ Favoriser une plus grande homogénéité des montants d'aides attribués par les employeurs publics,
- ▶ Donner du sens au principe même de participation financière en l'augmentant,
- ▶ Et au final, rendre les métiers de la Fonction publique plus attractifs.

Que faut-il toutefois entendre par participation incitative ? Comment valoriser le montant des participations financières ? Il est indispensable de cadrer les débats sur ce sujet.

A minima, un seuil plancher de participation financière serait une avancée.

Mais il convient de s'interroger. Jusqu'où peut-on légitimement aller pour obliger les employeurs publics à participer à la couverture de leurs agents ? Une chose est sûre, la liberté de l'agent d'adhérer (ou non) à la couverture complémentaire de son choix doit être préservée.

Peut-on imaginer coupler une participation obligatoire de l'employeur avec une adhésion volontaire de l'agent ?

DEFENDRE

RÉFORME

RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE : RÉFORME DESTRUCTRICE DES SOLIDARITÉS

LES FICHES
MÉMENTO
DE LA MFP

Malgré les prises de position fermes de multiples acteurs, la loi du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé a été adoptée.

A partir du 1er décembre 2020, tout adhérent à une complémentaire santé pourra résilier son contrat à tout moment, à l'issue de la première année de souscription/adhésion.

Les pouvoirs publics ont fait le choix d'étendre aux contrats santé, individuels et collectifs, les dispositions de la loi Hamon, ouvrant déjà la résiliation aux contrats d'assurance habitation et automobile à tout moment à partir de douze mois d'engagement.

Les risques de cette réforme sont sous-estimés pour les couvertures individuelles des agents de la Fonction publique.

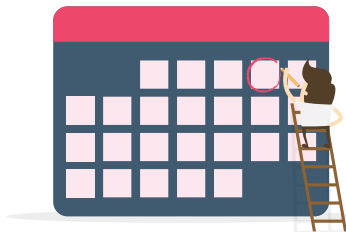
POURQUOI ...

■ Une possibilité de résiliation réellement ouverte aux seuls contrats individuels

Théoriquement, la loi s'applique aussi bien aux contrats individuels qu'aux contrats collectifs. Néanmoins, dans les faits, concernant les contrats collectifs à adhésion obligatoire, seuls les employeurs souscripteurs directs de ces contrats pourront faire jouer la résiliation infra-annuelle. Cette couverture étant obligatoire pour les salariés, ces derniers n'auront donc pas la liberté de s'en dégager, l'initiative n'appartenant qu'aux seules entreprises.

Et, d'évidence, au vu de la charge administrative associée, les entreprises n'utiliseront que peu ce droit.

Ce sont donc bien les publics exclus des contrats collectifs d'entreprise (retraités, agents publics, adhérents précaires, chômeurs...) qui seront prioritairement concernés par le dispositif de résiliation infra-annuelle.



REAGIR

Une mesure en défaveur du pouvoir d'achat

Contrairement aux objectifs publics affichés, la possibilité de résiliation infra-annuelle n'améliorera pas le pouvoir d'achat des adhérents.

Au contraire, c'est une mesure en totale contradiction avec le mouvement actuel en faveur du pouvoir d'achat. Elle ne fera qu'accentuer les fragilités des adhérents précaires et des retraités, tous ceux non concernés par les contrats collectifs d'entreprise, notamment les agents publics, qui paient « plein pot » leur couverture complémentaire.

Certains, les plus aisés et les plus avertis, pourront profiter de cette possibilité de résiliation offerte pour faire l'économie, sans risque, d'une couverture pendant des périodes sans soins personnels programmés.

Et les retraités, ou encore les assurés atteints de maladie de longue durée, forts consommateurs de soins, subiront les effets pervers de la démutualisation au travers d'une augmentation inéluctable des coûts.

Pour les plus précaires, la complémentaire santé risque aussi de devenir un « fusible » facile à faire sauter dans le budget des ménages.

De fait, les assurés pourront périodiquement résilier puis souscrire de nouveau une complémentaire santé, annihilant et déconstruisant par la même le modèle solidaire qui porte aujourd'hui la mutualisation des risques, seule à même de baisser notablement les coûts des couvertures des adhérents.

Une mesure destructrice des solidarités, au détriment des populations les plus fragiles

Le dispositif de résiliation infra-annuelle, appliqué au secteur de la Santé, fragilise la mutualisation des risques et des populations et porte donc atteinte au modèle mutualiste solidaire et protecteur, porté par les mutuelles de la Fonction publique, en faveur d'une couverture complémentaire globale, adaptée aux besoins des agents publics.

La loi porte une approche individualiste de la protection complémentaire, au moment où sont pourtant réclamés dans notre pays davantage de collectif et de solidarité.

Les pouvoirs publics font ainsi le choix, dangereux, d'opter pour une logique ultra libérale « du chacun pour soi », plutôt que de défendre une logique solidaire, protectrice des plus fragiles.

Des surcoûts liés à la gestion des contrats individuels santé

Les coûts engendrés par la multiplication des opérations d'adhésion et de résiliation ne sont pas à sous-estimer. Les risques d'impact sont loin d'être négligeables sur la gestion des contrats santé et des frais associés, notamment à l'heure de la généralisation du tiers payant et de la gestion des droits en temps réel.

Par ailleurs, les opérations agressives de concurrence vont d'évidence s'accentuer sur le champ de la complémentaire santé individuelle, notamment dans la Fonction publique. De fait, la résiliation infra-annuelle va induire des frais liés aux opérations de commercialisation des offres et au suivi de la relation avec l'adhérent (fidélisation, satisfaction, ajustement des offres...).

■ La non prise en compte des contrats couplés en santé et en prévoyance

Le dispositif de résiliation infra-annuelle des contrats santé impacte de plein fouet les contrats couplés en santé et en prévoyance, notamment à l'Etat où les offres référencées par les employeurs publics englobent les deux risques pour proposer une couverture complète aux agents publics.

Avec le nouveau régime de la résiliation infra-annuelle, c'est bien le fondement même du référencement qui est mis à mal. Seuls les contrats de prévoyance pure y échapperont (sous réserve de la teneur du décret à venir).



REAGIR

L'absentéisme est un sujet complexe à la croisée de nombreux facteurs : santé au travail, gestion des ressources humaines, réalités sociologiques, conditions de travail spécifiques, métiers à fortes contraintes psychologiques et physiques, qualité de vie au travail...

Dans la Fonction publique, l'absentéisme est un sujet très sensible qui suscite de vifs débats, notamment lorsque la comparaison se fait entre le secteur privé et le secteur public. Il convient ici de ne pas aborder la problématique sous ce prisme, puisqu'il n'existe pas de définition officielle et commune de l'absentéisme. Les méthodes

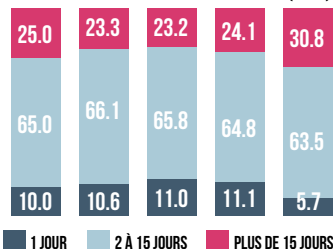
de calcul sont souvent très différentes (motifs de l'absence, mode de comptabilisation des jours...).

En 2017, les échanges sur la réinstauration du jour de carence pour les agents publics (au 1^{er} janvier 2018) ont mis en exergue de multiples données, notamment chiffrées, sur lesquelles se sont cristallisées des prises de position politiques, souvent infondées. D'évidence, les postures politiques sur ce sujet sont avant tout dogmatiques !

Il est donc essentiel de faire le tri et de rappeler, chiffres d'études publiques à l'appui, en quoi le jour de carence est une fausse bonne idée...

PARCE
QU'IL
...

> Part des arrêts selon leur durée - 2018 (en %)



Source : Sofaxis, Absences pour raison de santé, juin 2019

1 ... ne réduit pas le coût de l'absentéisme pour la société

Certaines études établissent une diminution des arrêts de courte durée avec la mise en place du jour de carence dans la Fonction publique. Néanmoins, il convient de s'interroger sur les enseignements parallèles de ces mêmes études qui concluent qu'en cas de délai de carence, la durée moyenne des arrêts s'allonge.

Cela peut s'expliquer par le fait que la carence peut inciter les agents à ne pas s'absenter, et parfois aboutir à des arrêts maladie plus longs en raison d'une dégradation de l'état de santé des personnels (effet de « présentéisme »). Certains peuvent aussi considérer que les arrêts plus longs permettent de se rétablir durablement et ainsi éviter le cumul d'arrêts courts, partiellement indemnisés.

L'impact financier des réformes en ce sens se trouve donc neutralisé. En effet, les économies réalisées sur les arrêts de courte durée (qui diminuent) se trouvent directement impactées par les coûts plus importants liés aux arrêts de longue durée (qui augmentent). Le jour de carence ne réduit donc pas le coût de l'absentéisme pour la société. Au contraire, le possible renoncement aux arrêts courts mal couverts est susceptible de générer un coût retardé plus important...

REAGIR

Aussi, il convient de s'interroger quant au bien-fondé de certaines études/rapports sur l'impact de l'instauration du jour de carence dans la Fonction publique. Les montants d'économies budgétaires

affichés, extrêmement variables d'une source à l'autre, apparaissent très hypothétiques et contestables.

2 ... n'est pas un instrument efficace dans la régulation des comportements

Le délai de carence et sa non-indemnisation ne sont pas des instruments de régulation efficace de l'absentéisme au travail.

Il est en effet démontré que dans les cas où le délai de carence est pris en charge, cela n'accroît pas la probabilité pour les personnels indemnisés d'avoir un arrêt dans l'année. Il est même observé une réduction de la durée totale des arrêts.

En cela, la mise en place d'un « jour de carence d'ordre public », projet du Gouvernement, connaîtra peut-être rapidement ses limites.

Il est avant tout crucial d'agir sur les politiques de prévention, de santé et de qualité de vie au travail. Les dispositifs de prévention des risques professionnels sont encore très insuffisamment développés dans la Fonction publique.

ZOOM EN CHIFFRES :

- ▶ **Les salariés indemnisés ont en moyenne 2 jours d'arrêt en moins par an que les salariés non couverts : 4,2 jours (pour les salariés indemnisés) contre 6,1 jours (pour les salariés non indemnisés)**
- ▶ **Concernant spécifiquement les salariés ayant eu au moins un arrêt dans l'année, l'écart se creuse : 14,5 jours (pour les salariés indemnisés) contre 21,3 jours (pour les salariés non indemnisés)**

3 ... ne prend pas en compte les réalités inhérentes à la Fonction publique

L'absentéisme touche différemment les trois versants de la Fonction publique, la territoriale et l'hospitalière étant plus impactées. Ce sont aussi les deux versants qui concentrent le plus d'agents soumis à des contraintes physiques importantes. La question de la pénibilité se pose donc pour une part significative d'entre eux.

D'évidence, un lien étroit doit être fait entre l'absentéisme et les **conditions d'exercice spécifiques** pour ces personnels, sans oublier les **réalités sociologiques**.

Les agents territoriaux ont la moyenne d'âge la plus élevée et elle augmente pour les personnels de catégorie C. Cette réalité est à prendre en compte dans ce versant où de nombreux métiers techniques concentrent de fortes contraintes physiques.

De même, les agents hospitaliers sont plus exposés aux conditions de travail difficiles (intensité du travail, fortes astreintes, contraintes d'organisation, exigences émotionnelles...).

De multiples données démographiques expliquent certains taux d'absentéisme pour ces deux versants.

SPÉCIFICITÉS DÉMOGRAPHIQUES DANS LA FONCTION PUBLIQUE :

- ▶ 1 agent sur 3 a plus de 55 ans.
- ▶ Moyenne d'âge : 43,3 ans (contre 40,9 ans dans le secteur privé).
- ▶ L'âge moyen se creuse pour les agents territoriaux (45,2 ans).
- ▶ 61,3% des agents territoriaux sont des femmes (contre 45,8% dans le privé).

ZOOM EN CHIFFRES :

- ▶ Les agents hospitaliers et territoriaux sont les plus touchés par la pénibilité à hauteur de 52,2% et 36,6%.
- ▶ Les personnels hospitaliers sont très impactés : travail le dimanche (2,5 fois de plus que les salariés), confrontation à des comportements hostiles (34,7%), exposition à des agressions verbales (33,4%) et contact avec des personnes en situation de détresse (88,1%).

4... a de forts impacts sur les agents en situation de précarité

Le risque d'impact du délai de carence sur les plus petits salaires et les agents en situation précaire est loin d'être négligeable. Dans la Fonction publique, 45% des agents sont issus de la catégorie C. C'est près de la moitié des fonctionnaires. Ce chiffre monte à 48% pour les hospitaliers et près de 76% pour les territoriaux.

Le sujet du jour de carence apparaît comme un risque majeur dans la Fonction publique territoriale où les agents les plus exposés au risque de précarité peuvent rapidement basculer sous le seuil de pauvreté. C'est dans ce versant que l'on retrouve les plus fortes proportions d'agents contractuels, d'agents de catégorie C, d'agents à temps partiel... sans compter la moyenne d'âge qui y est la plus élevée.

FORTS RISQUES DE PRÉCARITÉ DANS LE VERSANT TERRITORIAL :

- ▶ Près de 4 agents territoriaux sur 5 sont issus de catégorie C.
- ▶ Près d'1 agent sur 5 est contractuel.
- ▶ Plus d'1 agent sur 4 travaille à temps partiel (26,3%).
- ▶ 61,3% des agents territoriaux sont des femmes (contre 45,8% dans le privé).
- ▶ Dans la territoriale, plus de 30% des agentes de catégorie C sont à temps partiel (30,8%).
- ▶ La moitié des agents gagne mensuellement moins de 1688 euros net.
- ▶ 10% des agents les moins rémunérés gagnent moins de 1314 euros net par mois.

5 ...ne tient pas compte de l'importance des bienfaits d'une couverture en cas d'arrêt maladie

La couverture des arrêts maladie joue un rôle sanitaire et économique important dans la mesure où elle permet aux individus de disposer de temps pour recevoir des soins et recouvrer un bon état de santé, tout en bénéficiant de ressources nécessaires pour satisfaire tout ou partie des besoins non médicaux essentiels.

Elle représente donc un facteur fondamental d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé et de revenus liés à la maladie.

Le sujet de l'absentéisme doit être envisagé dans sa globalité et dépasser le débat réducteur et stérile des chiffres. Pour mieux appréhender ses causes et construire les meilleures solutions pour y faire face, il faut prendre la hauteur politique nécessaire et agir avant tout sur la santé au travail.

Il n'y a pas de « vérité absolue » sur ce sujet, si ce n'est celle du bien-être au travail, aussi bien des personnels de la Fonction publique que des salariés du secteur privé.

Sources : Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique, Edition 2018

Dossier Solidarité et santé Dress « L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé », janvier 2015

Rapport « Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la Fonction publique : un devoir, une urgence, une chance » de Charlotte Lecocq, Pascale Coton et Jean-François Verdier - septembre 2019

Rapport sur la prévention et la prise en compte de la pénibilité au travail au sein de la Fonction publique – IGA IGAS, mars 2016

REAGIR

Plusieurs points clés de la loi impactent la couverture complémentaire des agents publics. Outre le principe de la réforme de la PSC par voie d'ordonnances, d'autres mesures, comme le recours

accu aux contractuels, les contrats de projets, ou encore les mesures de mobilité, auront des effets sur l'accès à une couverture complémentaire solide et stable pour les agents publics concernés.

FOCUS PSC DES AGENTS PUBLICS

■ Une réforme de la protection sociale complémentaire par voie d'ordonnances

Avec cette loi, et malgré les fortes protestations syndicales, le Gouvernement s'accorde la possibilité de réformer par voie d'ordonnances la protection sociale complémentaire (PSC) des agents publics en organisant la participation des employeurs publics au financement de celle-ci.

Le délai est de 15 mois à compter de la date de publication de la loi au Journal Officiel, soit le 7 août 2019.



LOI n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la Fonction publique Article 40

I. - Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnances toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° Redéfinir la participation des employeurs mentionnés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs personnels ainsi que les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers, pour favoriser leur couverture sociale complémentaire (...)

■ Un rapport social unique annuel ouvert sur les données de protection sociale complémentaire

La loi prévoit qu'à partir du 1er janvier 2021, les administrations de l'Etat, des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics, élaborent un outil d'information et d'aide à la décision dans le pilotage des ressources humaines.

Le rapport social unique est un support de réflexion rassemblant les « éléments et données à partir desquels sont établies les lignes directrices de gestion » nécessaires au pilotage des ressources humaines dans chaque entité.

Élaboré chaque année, cet outil comportera un ensemble d'informations liées à la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des

compétences, aux parcours professionnels, aux recrutements, à la formation, la rémunération, l'état de la situation comparée des femmes et des hommes, et « à la santé et à la sécurité au travail, incluant les aides à la protection sociale complémentaire » ...

Les éléments relatifs à la protection sociale complémentaire feront donc partie du rapport social unique. C'est une avancée importante, obtenue sur proposition de la MNT lors de l'examen parlementaire du projet de loi, qui participera à améliorer la culture de la PSC dans la Fonction publique. Les éléments de connaissance PSC sont encore trop peu développés aujourd'hui.

■ Un recours accru aux agents contractuels : qu'en sera-t-il des droits associés en matière de PSC ?

La loi prévoit la possibilité d'un recours accru aux agents contractuels. Les cas de dérogation au principe d'occupation des emplois permanents par des fonctionnaires titulaires sont étendus. Il est également prévu de recruter des personnels dans le cadre du nouveau « contrat de projet », contrat à durée déterminée d'une durée minimale de 12 mois, dédié à des missions spécifiques.

Alors que la Fonction publique compte déjà plus de 20% d'agents contractuels, la loi va d'évidence accroître le nombre d'agents non titulaires.

Par voie de conséquence, ce sont les avantages liés à la couverture en santé et en prévoyance des agents qui vont décroître. En effet, la situation des personnels contractuels apparaît plus précaire dans ce domaine.

Par exemple, dans le versant hospitalier, où il n'y a pas de décret d'application de la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007, les agents contractuels sont exclus du dispositif statutaire de soins gratuits, prévu en santé.

Et, en prévoyance, les agents hospitaliers contractuels ne sont éligibles à la garantie de « maintien de salaire », versée par le CGOS en cas d'arrêt de travail, que sous certaines conditions, notamment d'ancienneté.

Au final, la loi risque d'accentuer les situations de précarité dans la Fonction publique.

ZOOM EN CHIFFRES :

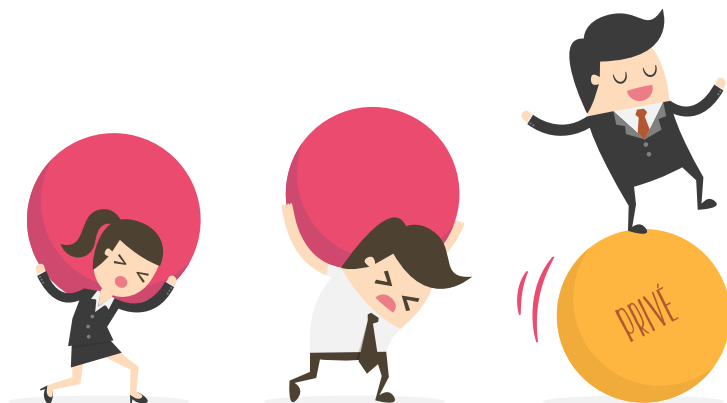
► 42% des agents contractuels de la Fonction publique territoriale occupaient fin 2017 un emploi dit permanent

■ Une mobilité renforcée

La loi ouvre par ailleurs les possibilités de mobilité au sein de l'administration ou encore vers le secteur privé. Pour ce faire, des mesures sont prévues afin de garantir la portabilité des droits lors des changements (compte personnel de formation...).

l'employeur ? Comment garantir les droits des personnels à une couverture complémentaire aidée financièrement au vu des différences fortes dans ce domaine, notamment entre le secteur privé et le secteur public ?

Mais qu'en sera-t-il de la couverture complémentaire des personnels et de l'aide accordée par



REAGIR

Dans la perspective des prochains arbitrages politiques annoncés en matière de protection sociale complémentaire, il est utile de démontrer pourquoi la mise en place d'un dispositif de labellisation dans la Fonction publique d'état est une « fausse bonne idée ».

La labellisation est, avec la convention de participation, l'un des deux dispositifs de participation financière de l'employeur territorial à la couverture complémentaire de ses agents.

Elle permet à l'agent de sélectionner sa couverture complémentaire auprès de l'organisme de son choix, avec les niveaux de garantie dont il a

besoin. Pour cela, il dispose d'un ensemble d'offres solidaires proposées par des prestataires habilités par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Si le dispositif de labellisation a été mis en place dans la Fonction publique territoriale, c'est justement pour prendre en compte les spécificités de ce versant de la Fonction publique et notamment la multiplicité d'employeurs. Pour cette raison, il lui est complètement adapté.

A contrario, l'hypothèse de sa transposition à la Fonction publique d'état interroge à plus d'un titre...

1 ... La labellisation imposerait une exigence de gestion incompatible avec le nombre restreint de ministères employeurs dans la Fonction publique d'état.

Le dispositif de labellisation impose un suivi individuel des contrats des agents dans la mesure où l'employeur territorial apporte sa participation financière aux seuls agents ayant souscrit à un contrat ou règlement de protection sociale complémentaire « labellisé ».

Il relève de la responsabilité de ce dernier de vérifier que le contrat souscrit par l'agent est bien sur la liste des contrats labellisés établie par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Une telle gestion apparaît incompatible avec l'organisation même de la Fonction publique d'état. Alors même que ce versant de la Fonction publique représente à lui seul 44,3 % de l'emploi public, soit 2,427 millions d'agents¹, c'est seulement au sein d'une dizaine de ministères employeurs que se concentre la majorité des personnels². Avec de tels chiffres, il est aisé de comprendre que le ratio employeurs/personnels est très difficilement conciliable avec le suivi individualisé qu'impose le dispositif de labellisation.

UNE TRANSPOSITION QUI PARAÎT DIFFICILE

ZOOM FPT :

A contrario, le ratio employeurs/personnels de la Fonction publique territoriale avec ses 18 régions, 101 départements et plus de 35 000 communes³ pour 1,886 millions⁴ d'agents est incontestablement plus favorable à un suivi individualisé.

ANTICIPER

2... La labellisation occasionnerait une rupture dans la relation entre le ministère employeur et l'opérateur.

La relation de confiance entre l'employeur public et l'opérateur est aujourd'hui au cœur du dispositif de référencement. Elle permet de conjuguer les savoir-faire et les expertises nécessaires à la construction de réelles politiques sociales en faveur des agents, et ce, en lien avec les organisations syndicales dans le cadre d'un dialogue social renforcé.

Si demain le dispositif de labellisation était mis en place dans la Fonction publique d'état, la responsabilité de l'employeur public en matière sociale en serait amoindrie.

Son rôle actuel d'accompagnement au travers d'une couverture adaptée à ses agents serait d'évidence réduit à un simple rôle de « co-financeur ».

ZOOM FPT :

Dans la Fonction publique territoriale, l'option laissée à l'employeur de recourir au dispositif de labellisation (justifié par les spécificités propres à ce versant de la Fonction publique) n'exclut pas la possibilité d'établir un véritable « partenariat » avec l'opérateur retenu dans le cadre d'une convention de participation. En effet, ces deux procédures sont alternatives ET complémentaires. Dès lors que l'employeur territorial décide de participer financièrement, il choisit librement la procédure qui lui convient le mieux, y compris une procédure différente par risque.

3... La labellisation entraînerait dans la Fonction publique d'état, un découplage « inadéquat » des garanties santé / prévoyance.

Au fil des années, les besoins de protection sociale complémentaire sont de plus en plus prégnants pour tous. Ces besoins concernent aussi bien la complémentaire santé (qui couvre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité) que la complémentaire prévoyance (qui couvre les risques liés à l'incapacité de travail, à l'invalidité et au décès).

Aussi, seule une protection sociale complémentaire forte peut permettre d'offrir une couverture complète

des besoins spécifiques des agents publics à chaque étape de leur vie.

En ce sens, le modèle d'un couplage des garanties Santé et Prévoyance en vigueur dans la Fonction publique d'état au travers du dispositif de référencement permet d'appréhender dans sa globalité les besoins spécifiques des agents.

Si un dispositif de labellisation devait voir le jour dans ce versant de la Fonction publique, cela impacterait le couplage actuel des garanties, constituant *de facto* une régression des droits sociaux des agents.

ZOOM FPT :

A contrario, dans la Fonction publique territoriale le découplage des garanties Santé et Prévoyance laissé à l'appréciation de l'employeur trouve son double fondement dans :

- **La diversité des collectivités** : A titre d'exemple, il n'est pas incohérent de laisser l'opportunité à une petite commune de quelques agents de participer plutôt à l'un ou l'autre des risques conformément aux besoins recueillis auprès de ces derniers.
- **La prévention des situations de risque de précarité** : La participation suffisamment incitative de l'employeur sur le risque prévoyance et par conséquent sur le maintien de salaire peut faire toute la différence dans une Fonction publique où 8 agents sur 10 sont de catégorie C.

4... Enfin, l'avantage de « portabilité » que permettrait la labellisation dans la Fonction publique d'état est à relativiser, et ce, à deux titres :

► **L'avantage de « portabilité » ne compenserait pas les préjudices précités qu'entraînerait la mise en place de la labellisation dans la Fonction publique d'état.**

La portabilité permet à un agent qui le souhaite de maintenir son adhésion à sa complémentaire en dépit d'un changement d'employeur. Pour les agents bénéficiaires d'un contrat ou règlement labellisé, deux situations de portabilité peuvent se présenter :

Soit la collectivité d'accueil participe à la couverture complémentaire via le dispositif de labellisation : dans ce cas, l'agent peut continuer à bénéficier de son contrat et d'une participation financière. Le montant de la participation de la collectivité d'accueil peut néanmoins varier par rapport à celui précédemment perçu.

Soit la collectivité d'accueil ne participe pas à la couverture complémentaire via le dispositif de labellisation (absence de participation ou mise en place d'une convention de participation). Dans ce cas, l'agent peut continuer à bénéficier de son contrat mais perd le bénéfice d'une participation financière.

S'il est incontestable que la portabilité d'un contrat

de protection sociale complémentaire permise par le dispositif de labellisation constituerait un véritable progrès pour les agents de la Fonction publique d'état, cet avantage ne compenserait en rien les préjudices précités : difficultés de gestion accrues, rupture dans la relation entre l'employeur et l'opérateur, ou encore découplage infondé des garanties Santé et Prévoyance.

► **Le taux de changement d'employeur et par conséquent le « besoin » de portabilité du contrat au sein de la Fonction publique d'état est plus de deux fois moins élevé que dans la Fonction publique territoriale.**

Comparativement au versant territorial qui enregistrerait sur la période 2015-2016 un taux de changement d'employeur de 8,4%, le changement d'employeur n'a concerné « que » 3,4% d'agents sur cette même période dans la Fonction publique d'état.

Ces chiffres s'expliquent naturellement par l'organisation même de ces deux versants de la Fonction publique. D'un côté, la Fonction publique territoriale avec une multiplicité d'employeurs, et de l'autre, la Fonction publique d'état avec un nombre restreint d'employeurs et la possibilité de mobilité géographique sans changement de ministère.

Si la labellisation est porteuse de souplesse et de simplicité de gestion administrative en accord avec les moyens budgétaires et humains de la collectivité territoriale, ne serait-elle pas source de difficultés et de régression pour la Fonction publique d'état ?

Imposer la labellisation dans la Fonction publique d'état, qui à l'instar du versant territorial possède ses propres spécificités, semble être une fausse bonne idée.

1 Fonction publique – Chiffres-clés 2018 - DGAFF

2 79,9 % des personnels de la Fonction publique d'état sont répartis dans les différents ministères, et 20,1 % sont répartis dans les EPA nationaux - Fonction publique – Chiffres-clés 2018 - DGAFF

3 Les chiffres-clés des collectivités locales 2018 - DGCL

4 Fonction publique – Chiffres-clés 2018 - DGAFF

5 Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique, Edition 2018

ANTICIPER

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs privés ont l'obligation de choisir un contrat de complémentaire santé pour leurs salariés et de le financer à une hauteur minimale de 50%. La souscription est obligatoire pour les personnels du secteur privé.

Dans le secteur public, ces obligations liées aux contrats collectifs n'existent pas, la règle étant celle du contrat individuel facultatif, n'imposant aucune obligation ni à l'employeur public ni à l'agent public. Alors que l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 est désormais pleinement ancré dans le secteur privé, dans quelle mesure devons-nous

nous interroger sur son éventuelle extension au secteur public ? Des arbitrages gouvernementaux en ce sens sont-ils réellement en cours ? Si oui, quels seraient alors les points de difficulté et de régression d'un tel système s'il devait être transposé à la Fonction publique ?

A l'heure où le sujet de la protection maladie est ancré aujourd'hui dans le secteur privé avec les complémentaires d'entreprise, la question du choix de l'individuel ou du collectif prend tout son sens.

1 ... D'une liberté d'adhésion à une adhésion imposée de la couverture complémentaire

Serait-il avantageux pour les agents publics de bénéficier d'un système comparable à celui mis en place depuis 2016 dans le privé, sans liberté de choix pour ces derniers ?

Sans nul doute, l'ANI a des impacts positifs. Dans le secteur privé, l'objectif visé était que chaque salarié puisse avoir accès à une complémentaire santé et être ainsi mieux protégé. Comme l'a relevé le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, l'obligation de couverture complémentaire en santé de l'ensemble des entreprises constitue un progrès. Et, de manière plus globale, la généralisation de la complémentaire en santé est un élément important de l'accès aux soins, notamment pour les ménages les plus modestes et sur des segments moins remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

Côté Fonction publique, le marché de la complémentaire santé est resté individuel même si des formules de choix collectif, associées à des participations financières facultatives des employeurs, ont été pensées en 2007 avec la loi de modernisation de la Fonction publique.

Il existe donc une distinction de taille : pour les agents publics, la libre volonté d'adhésion reste la règle. Et malgré les participations

ACCORD
NATIONAL
INTERPROFESSIONNEL
...

ANTICIPER

financières des employeurs publics pour l'accès aux complémentaires présélectionnées, le système demeure facultatif et chaque agent public reste libre d'opter ou non pour le contrat de son employeur au vu de ses besoins et de ses attentes.

Même si ces participations financières sont facultatives, modestes et sont en nette régression, il convient de s'interroger. Si, demain, elles venaient à être calquées sur celles accordées aux salariés du privé, un système d'adhésion obligatoire associé serait-il pertinent et avantageux pour les agents publics ? Ces derniers perdraient leur liberté de choix. Et que gagneraient-ils en contrepartie si l'on tient compte du contexte budgétaire actuel ? La réponse semble évidente.

De plus, il ne faut pas oublier qu'à l'Etat, suite au renouvellement des référencements ministériels de 2016, une forte proportion d'agents publics n'ont pas souhaité s'engager dans les contrats complémentaires référencés, pourtant proposés par leur employeur.

2... L'exclusion des agents publics à la retraite

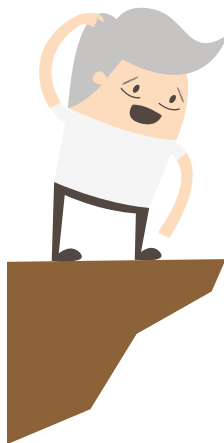
Penser la santé et l'accès à la santé par le seul prisme de la sphère professionnelle, alors même que l'emploi se précarise, n'est pas la bonne approche en termes d'égalité d'accès aux soins.

La principale brèche de la transposition de l'ANI à la Fonction publique réside dans le souci d'équité. Le principe d'un contrat obligatoire dans la Fonction publique, à l'instar du privé, porte l'exclusion de la population retraitée.

Dans la Fonction publique, ce serait une nette régression dans la mesure où les agents retraités sont aujourd'hui largement bénéficiaires du modèle de protection globale et solidaire, porté principalement par les mutuelles de fonctionnaires.

En étant écartés, les agents retraités seraient particulièrement impactés avec une dégradation de leur couverture santé (accès à des contrats individuels à un prix nécessairement supérieur). Les coûts de leur complémentaire seraient alors nettement plus importants pour eux. Dans la mesure où il y aurait une segmentation associée des populations, actifs et retraités, cela est inévitable. Et un nouveau dispositif, créé spécifiquement pour les agents retraités, de type « label seniors », ne pourrait compenser cela. La segmentation

s'exercerait toujours. Seuls les mécanismes de mutualisation peuvent protéger les populations retraitées. D'ailleurs, elles ne s'y trompent pas, puisqu'elles sont majoritairement couvertes par des mutuelles de fonctionnaires, favorisant les solidarités et donc les cotisations moins élevées, à l'inverse d'autres opérateurs du secteur lucratif.



A
N
i

3... La fin du couplage possible des garanties en santé et en prévoyance

Avec un système calqué sur le secteur privé, il faudrait déterminer le sort des contrats actuels existant dans la Fonction publique qui incluent des garanties prévoyance en plus des garanties santé.

Pour les agents territoriaux, certains employeurs s'engagent dans des dispositifs de labellisation ou encore des conventions de participation, et proposent des couvertures couplées en santé et en prévoyance. Pour les agents de l'Etat, les référencements ministériels proposent des

couvertures complémentaires systématiquement couplées aux agents de chaque périmètre professionnel.

Demain, si l'ANI était strictement reprise, que ce soit en santé ou en prévoyance, les employeurs publics ne seraient pas tenus de proposer une assurance complémentaire couplée en santé et prévoyance, ce qui mettrait fin à un grand nombre de contrats actuels.

4... Les contraintes liées aux modes de représentation des employeurs et agents

Une transposition de l'ANI au secteur public supposerait que des négociations soient engagées en premier lieu dans chaque versant entre représentants d'employeurs et représentants d'agents publics pour déterminer les modalités du contrat collectif obligatoire.

Cette méthode paraît complexe à mettre en place au regard du droit public. En effet, la loi de 1983 portant statut général des fonctionnaires ne précise pas les modalités de la représentation des

employeurs. Celles-ci devraient être les mêmes que pour les autres négociations syndicales.

Par ailleurs, les agents de droit privé d'un employeur public n'étant pas concernés par l'article 8 bis de la loi de 1983 portant statut général des fonctionnaires (qui prévoit la négociation syndicale dans tous les versants de la Fonction publique) devraient donc avoir leurs propres représentants syndicaux dans le cadre d'éventuelles négociations.

5... Autres contraintes liées au statut général des fonctionnaires

Une transposition de l'ANI supposerait que des négociations soient engagées dans chaque versant entre employeurs et syndicats d'agents publics pour déterminer les modalités du contrat collectif obligatoire. Cela paraît complexe à mettre en place au regard du droit public. En effet, la loi de 1983 portant statut général des fonctionnaires ne précise pas les modalités de la représentation des employeurs.

En outre, une transposition de l'ANI à la Fonction publique bouleverserait le dispositif en place dans le versant hospitalier en supprimant les prestations en nature délivrées par l'employeur (dispositif des

soins gratuits, article 44 - statut FPH) pour les remplacer par des prestations assurantielles dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire.

Par ailleurs, il convient de rester prudent sur le levier de l'obligation qui est susceptible d'être abordé de manière biaisée par les employeurs publics. En effet, il ne faudrait pas que, sous la contrainte, ils choisissent de compenser leur participation financière à la protection sociale complémentaire de leurs personnels en diminuant en parallèle les salaires, primes ou autres avantages liés à l'action sociale.

Dans l'éventualité d'une transposition de l'ANI dans la Fonction publique, les difficultés et les points de recul seraient nombreux, sans oublier l'emprise réglementaire qui serait accentuée sur le contenu des contrats (au détriment de la démocratie mutualiste favorable à une construction des offres adaptée aux besoins).

Il apparaît que seule une conception volontaire de la complémentaire santé, n'excluant pas les personnels retraités de la Fonction publique et permettant le maintien, à l'Etat, des garanties en santé et en prévoyance (couplage santé/prévoyance), peut être portée. Toute mesure allant en sens inverse ne serait que régressive.

Néanmoins, il apparaît que seul un dispositif de protection sociale complémentaire, suffisamment incitatif pour faire adhérer le plus grand nombre d'agents, peut permettre de concilier la liberté contractuelle et une mutualisation la plus large et donc la plus optimale possible.

Les besoins de couverture santé étant les mêmes pour tous, il ne peut y avoir de différence de traitement entre les citoyens, qu'ils soient actifs ou retraités. Néanmoins, l'égalité absolue en matière d'accès aux soins ne signifie pas des dispositifs calqués les uns sur les autres. A chaque périmètre (secteur privé, Fonction publique d'état, Fonction publique territoriale, Fonction publique hospitalière) peut correspondre un dispositif adapté aux diverses particularités.

ANTICIPER

La concurrence sur le « marché » de la Fonction publique » a toujours existé. Les agents publics n'ont aucune obligation d'adhérer à l'offre proposée par leur employeur. Cette adhésion, purement facultative et individuelle, leur laisse donc la totale liberté de souscrire à une complémentaire santé auprès de l'organisme de leur choix.

Malgré cet état de fait, et de manière très paradoxale, les pouvoirs publics ne cessent de prôner et d'attiser une « soi-disant » saine

concurrence entre opérateurs complémentaires sur un marché déjà ouvert à tous, en refusant d'y voir les effets pervers qu'elle est susceptible d'engendrer en défaveur des agents publics et notamment :

- la destruction des solidarités effectives,
- les risques de dumping tarifaire et de pratiques déloyales entre opérateurs,
- les surcoûts liés aux campagnes de différenciation des organismes complémentaires.

LES EFFETS DÉLÉTÈRES DE LA CONCURRENCE EN SANTÉ

1 Concernant l'effectivité des solidarités

A l'État, les orientations des pouvoirs publics favorisent la logique de marché à celle des solidarités collectives.

Référencer plusieurs opérateurs pour protéger des personnels issus de « champ professionnels fermés » augmente d'évidence le risque de segmentation de la population. Pour que la solidarité entre agents publics soit effective, et en vertu de la « loi des grands nombres », il faut que la population adhérente au contrat soit la plus large possible. C'est à cette seule condition que les actifs peuvent être solidaires des retraités et des enfants, les bien-portants solidaires des malades, les agents de catégorie A solidaires de ceux de catégorie C.

En outre, le multi-référencement sur un même périmètre accentue le danger (déjà présent du fait de l'adhésion libre des agents) d'une sélection de la population entre « bons » et « mauvais » risques. En effet, pour équilibrer financièrement son contrat, un nouvel opérateur « entrant », cherchera à attirer uniquement les jeunes actifs au détriment des retraités, ou les seules catégories A plus contributives au détriment des catégories C.

Résultat : la gestion du stock des « mauvais risques » reste concentrée chez les opérateurs historiques à but non-lucratif, qui n'instaurent aucune sélection entre les « bons » et les « mauvais » risques. Cela les fragilise, et au final cette situation peut conduire à des difficultés d'équilibre des contrats.

Pas à pas, il est mis fin aux solidarités entre agents d'un même ministère. C'est le fondement

ANTICIPER

même du modèle de protection sociale construit dans la Fonction publique qui s'étiole. Pour les observateurs qui appellent à la mise en œuvre d'une concurrence dans la Fonction publique, il convient de rappeler que la concurrence existe depuis toujours et n'est nullement bafouée. Au contraire, elle joue pleinement son rôle puisque tous les opérateurs peuvent candidater à l'appel d'offres pour être référencés.

La sélection de l'opérateur référencé obéit au strict respect des règles de mise en concurrence. Le marché est ouvert et tous les organismes d'assurance peuvent candidater, qu'ils soient assureurs à but lucratif ou mutuelles à but non lucratif. Le choix se fait sur la base de critères transparents et non-discriminatoires définis par décret.

Enfin, n'oublions pas que comparer le secteur privé qui autorise les clauses de recommandations des branches professionnelles avec le secteur public n'est pas pertinent. Il est tentant pour certains de faire le parallèle et de justifier ainsi le référencement de plusieurs organismes pour les grands ministères.

Une observation attentive de la situation montre que la comparaison est infondée :

- d'une part, les clauses de recommandation dans les branches professionnelles n'obligent aucunement à couvrir les retraités (alors que c'est le cas dans le référencement) ;
- d'autre part, les exigences de solidarité y sont beaucoup moins fortes. La seule contrainte est de consacrer 2% des cotisations à de l'action sociale.

En revanche, à l'intérieur d'une entreprise, pour assurer une base de mutualisation la plus large possible, tous les salariés ont l'obligation de se couvrir (sauf dispenses spécifiques très encadrées).

Dans la Territoriale, la problématique est moindre car le dispositif ne permet de conventionner qu'un seul opérateur à l'issue de l'appel à concurrence.

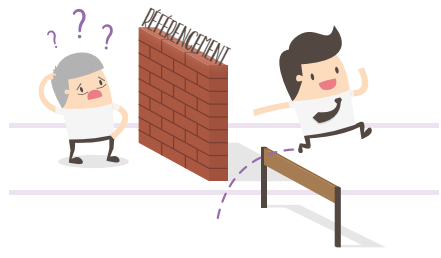
En revanche, le faible niveau d'affiliation volontaire des retraités pose le souci de l'effectivité des solidarités, conformément à la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007. Comme à l'Etat, le jeu de la concurrence est faussé dans la mesure où les opérateurs « historiques » mutualisent largement les populations retraitées, portant ainsi seuls le coût de la solidarité intergénérationnelle.

Dans les faits, les personnels retraités ne bénéficient que peu des dispositifs solidaires des conventions de participation car :

- d'une part, les collectivités territoriales perdent le lien avec leurs personnels lors du passage à la retraite,
- l'information de leur ancien employeur ne leur est pas transmise.

Il est regrettable qu'il n'existe pas un encadrement plus exigeant dans la mise en œuvre effective des solidarités entre actifs et retraités.

Enfin, pour terminer ce point, la MFP tient à rappeler que les dispositifs de référencement, de labellisation et de convention de participation sont portés par deux décrets qualifiés par Bruxelles « d'euro-compatibles », garants d'une concurrence saine et non faussée... Dès lors, pourquoi sur-stimuler l'entrée de nouveaux opérateurs sur ces champs fermés ?



2 Concernant les risques de dumping tarifaire et de pratiques déloyales

A l'Etat, face à une pluralité d'opérateurs référencés sur des exigences strictement encadrées, les agents publics se trouvent inévitablement confrontés à différents opérateurs référencés proposant des offres identiques dans leur contenu. Dans un tel contexte, le choix de l'adhérent peut naturellement se fonder sur le prix, très attractif en situation de dumping, mais au risque de subir à terme la non-pérennité des avantages tarifaires accordés.

La Fonction publique territoriale est également touchée de plein fouet par le dumping tarifaire depuis la mise en place en novembre 2011 des nouveaux dispositifs de financement de la protection sociale complémentaire des agents territoriaux. Entre sous-tarifications des risques, fortes hausses de cotisations, dénonciations de contrats par certaines communes ... les exemples sont nombreux. Cela étant, il ne faut pas occulter que certains échecs ou erreurs d'appréciation peuvent en partie s'expliquer par la faible culture de

la protection sociale complémentaire dans les trois versants de la Fonction publique.

Au final, il est regrettable de faire le constat de pratiques très discutables entre opérateurs complémentaires et de guerres commerciales, dommageables pour tous. Certains commencent d'ailleurs à dénoncer des comportements concurrentiels considérés comme « *indignes de la Fonction publique* » et demandent un encadrement plus strict des pratiques pour canaliser les dérives (comme la « *Charte de bonne conduite* » sur le périmètre du ministère des armées signée par les 4 opérateurs référencés).



POUR APPROFONDIR LE SUJET, VOIR LA
FICHE DEFENDRE : UNE CULTURE ACTIVE
DANS LA PSC

3 Concernant les surcoûts liés aux campagnes de différenciation

Il convient de ne pas oublier que la concurrence, et donc la différenciation, a un coût non négligeable pour les opérateurs complémentaires, notamment en termes de communication.

A l'Etat, les offres étant référencées sur la base d'un même cahier des charges, la communication est l'un des outils pouvant permettre aux opérateurs de se démarquer pour augmenter leur part de marché. La course au meilleur communiquant occasionne de fait des surcoûts liés aux investissements nécessaires pour y faire face. D'évidence, ce sont les frais de gestion des opérateurs complémentaires qui sont impactés. Permettre à un seul opérateur de pénétrer dans les administrations publiques pour informer et mutualiser les agents limite le montant des coûts d'acquisition, et génère un taux de redistribution sensiblement supérieur à la moyenne du « marché » de la complémentaire santé.

Dans la territoriale, ce dysfonctionnement n'existe pas :

- la labellisation des garanties proposées par un opérateur est obtenue au niveau national par la vérification de critères solidaires par des prestataires agréés ;
- la convention de participation ne « conventionne » qu'un seul opérateur à l'issue de l'appel à concurrence.

Considérée à juste titre comme un moyen d'amélioration économique, encourageant l'innovation, la compétitivité et, au final, la baisse des prix pour les consommateurs, la concurrence accrue et non régulée est particulièrement inadaptée au secteur de la Santé.

En effet, la Santé n'est pas un produit marchand comme les autres. A ce titre, il nécessite de mettre en place une régulation de la concurrence sur la base de règles fiscales différenciantes en fonction des différents types d'acteurs complémentaires.

Rappelons-nous, déjà en 1998, dans le cadre de la mission menée sur la transposition des directives « assurance » aux mutuelles, Michel Rocard, alors député européen, rappelait que *« la couverture complémentaire maladie ne peut être traitée comme une autre assurance »*. Il insistait sur l'importance *« d'imposer, au plan européen et pour des motifs d'intérêt général, des normes de comportement à l'ensemble des opérateurs intervenant dans ce secteur économique »* afin *« d'éviter qu'un « marché unique de la complémentaire » ne vienne balayer les mécanismes de solidarité existant en France »*. Vingt ans après, les constats posés dans le rapport Rocard de 1999 gardent toute leur actualité. La Santé n'est pas un produit marchand comme les autres. Aussi, ce secteur doit être identifié par les pouvoirs publics comme un secteur nécessitant une protection particulière, notamment au vu des enjeux de santé publique, et face à une concurrence de plus en plus agressive. D'évidence, aujourd'hui, les dérives d'une concurrence non régulée sur le secteur de la Santé entraînent des conséquences désastreuses. La course aux pratiques déloyales et au meilleur communiquant se fait au détriment de la qualité et l'innovation de l'offre proposée.

Est-ce réellement ce que souhaitent les pouvoirs publics ?

ANTICIPER

HORS SERIE

FONCTION PUBLIQUE, DES RÉALITÉS HÉTÉROGÈNES

LES FICHES
**MÉ
MEN
TO**
DE LA MFP

5.48
millions
d'agents en activité

SOIT 1 ACTIF SUR 5
EN FRANCE

2.43 millions
d'agents de l'Etat

1.89 million
d'agents territoriaux

1.17 million
d'agents hospitaliers

3.8 millions
d'agents retraités

17.6%
contractuels

FPT : 18.9%
FPH : 18.2%
FPE : 16.4%

44.8%
catégorie C

FPT : 75.1%
FPH : 48%
FPE : 19.7%

PAR
VERSANT

62.1%
femmes

FPH : 77.7%
FPT : 61.3%
FPE : 55.3%

CONTRE 45.8%
DANS LE PRIVE



EN CHIFFRES

20.8%

tps-partiel

FPT : 26.3%
FPH : 23.0%
FPE : 15.6%

1 AGENT
SUR 5



43.3 ans
ÂGE MOYEN
(40.9 ans en secteur privé)

17 Ministères

48 000 Employeurs
TERRITORIAUX

5 500 Employeurs
HOSPITALIERS

UNE MOYENNE D'ÂGE QUI NE
CESSE D'AUGMENTER !

9 Agents
sur 10
sont
en contact
avec la
POPULATION

530 000
Agents
au service des
PATIENTS

321 000
Agents
au service de notre
SÉCURITÉ

1.3million
Agents
qui assurent la
SCOLARITÉ

20% Agents publics
équivalents
SMIC
(contre 11,1% de salariés)



36.7% travaillent
LE DIMANCHE
(contre 25,1% de salariés)

2 x
plus
d'astreintes
(16,1% contre 8,4% pour un salarié)



Sources : Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique, Edition 2018 - Rapport sur les pensions de retraite de la Fonction publique PLF 2019
Dossier de presse Mars 2019 Transformer la Fonction publique - Archives gouvernementales 2012
Rapport Santé au Travail dans la Fonction publique - C. Lecocq, P. Coton, JF Verdier, septembre 2019

EN CHIFFRES

HORS SÉRIE

LA FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT

LES FICHES
**MÉ
MEN
TO**
DE LA MFP

2.43
millions
d'agents en activité

PRÈS DE LA MOITIÉ DES
EFFECTIFS DE LA FONCTION
PUBLIQUE

55.6%
catégorie A

24.4%
catégorie B

20.0%
catégorie C

2.5 millions
d'agents retraités

16.4%
contractuels

1 CONTRACTUEL SUR 5
EST À TEMPS PARTIEL

55.6%
catégorie A
enseignants : 99.2%



55.3%
femmes
hommes : 44.7%

45.8% DE FEMMES
DANS LE PRIVÉ

EN CHIFFRES

34.5%
+ DE
50 ANS

42.5^{Ans} ÂGE MOYEN
(40.9 ans en secteur privé)

47.1^{Ans} âge moyen en
CATÉGORIE C



15.6% Agents publics
employés à TEMPS PARTIEL



Travaillent au-delà
de 40h/semaine
(contre 30.7% dans le privé)

38.7% Contraintes
Heures supplémentaires
RÉGULIÈRES

45.6 %
tensions
agressions
(contre 28,1% dans le privé)



Sources : Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique, Edition 2018
Rapport Santé au Travail dans la Fonction publique – C. Lecocq, P. Coton, JF Verdier, septembre 2019
Rapport sur les pensions de retraite de la Fonction publique PLF 2019

EN CHIFFRES

HORS SÉRIE

LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

LES FICHES
**MÉ
MEN
TO**
DE LA MFP

1.89
million
d'agents en activité

PLUS DU TIERS DES EFFECTIFS
DE LA FONCTION PUBLIQUE

9.7% catégorie A

14.7% catégorie B

75.6% catégorie C

706 608
agents retraités

18.9%
contractuels

FPT : LA PLUS FORTE
PROPORTION D'AGENTS
NON TITULAIRES !

75.6%
catégorie C

CATÉGORIE C MAJORITAIRE
DANS LA TERRITORIALE

61.3%
femmes
hommes : 38.7%

45.8% DE FEMMES
DANS LE PRIVÉ



EN CHIFFRES

40.3%
+ DE
50 ANS

10.1%
- DE
30 ANS

45.2^{Ans} ÂGE MOYEN
(40.9 ans en secteur privé)

Age moyen
43.3^{Ans}
dans la FONCTION
PUBLIQUE



26.3% Agents publics
employés à TEMPS PARTIEL

FILIÈRE
TECHNIQUE

MAJORITÉ :
+ DE
50 ANS

83.6% Agents
sont en contact DIRECT
avec la POPULATION

1 sont en filière
technique à
2 RISQUES
IMPORTANTES
(troubles musculo-squelettiques...)
avec les DIFFICULTÉS
DE RECONVERSION
associées : bâtiments,
services à la personne,
espaces verts, restaura-
tion...



PROPORTIONS
LES
PLUS
FORTES

EN CHIFFRES

HORS SÉRIE

LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

LES FICHES
**MÉ
MEN
TO**
DE LA MFP

1.17
million
d'agents en activité

21.3% DES EFFECTIFS DE LA
FONCTION PUBLIQUE

32.9%
catégorie A

19.1%
catégorie B

48.0%
catégorie C

594 684
agents retraités

18.2%
contractuels

1 CONTRACTUEL SUR 4
EST À TEMPS PARTIEL

48.0%
catégorie C

PRÈS D'1 AGENT HOSPITALIER
SUR 2 EST DE CATÉGORIE C

77.7%
femmes
hommes : 22.3%

45.8% DE FEMMES
DANS LE PRIVÉ



EN CHIFFRES

32.1%
+ DE
50 ANS

41.8 Ans
ÂGE MOYEN
(40.9 ans en secteur privé)

42.7 Ans âge moyen en
CATÉGORIE C



23% Agents publics
employés à
TEMPS PARTIEL

56.1% Travaillent sous
**MULTIPLES CONTRAINTES
PHYSIQUES INTENSES**
(contre 34.4% dans le privé)



2003 → 2013 la
POLYVALENCE
des infirmiers a presque
DOUBLÉ

77% des INFIRMIERS
& SAGES-FEMMES
déclarent toujours
ou SOUVENT **SE
DÉPÊCHER**

35.3%
travaillent
DE NUIT
(contre 14.3% de salariés)

85% interrompent
fréquemment une
tâche pour une autre
imprévue



75.9%
sont exposés à des
agents biologiques
(contre 18% dans le privé)



EN CHIFFRES

AGENTS PUBLICS

0 obligation
de participation directe de l'employeur
et 0€ par an
d'aides sociales et fiscales

INDÉPENDANTS

financent seuls
leur couverture complémentaire
MAIS 260€ par an
d'aides sociales et fiscales
soit 30% de la prime

SALARIÉS

participation obligatoire
de l'employeur à **50% MINIMUM** de la couverture
+ 244€ par an
d'aides sociales et fiscales

**AGENTS
PUBLICS**

=

**MOINS
AIDÉS**
que les autres

FOURCHETTE DE
PARTICIPATION

0.25€

éducation
nationale et
recherche

10€

Affaires
étrangères

Participation moyenne
de l'employeur **1€** par mois
par agent

baisse

CONSÉQUENTE

DE L'ENVELOPPE PRÉVISIONNELLE
ALLOUÉE À LA PSC ENTRE LES
1ER ET 2ND RÉFÉRENCEMENTS

-39%

Pour les ministères ayant participé à la PSC de leurs agents

S E U L S

3

MINISTÈRES

ONT

MAINTENU

LEUR NIVEAU DE PARTICIPATION
FINANCIÈRE À LA COUVERTURE
COMPLÉMENTAIRE DE LEUR
PERSONNEL

Participation
dépréciée **x5**

LA PARTICIPATION A BAISSÉ DE
19 À 4 MILLIONS D'EUROS AU
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET
DES FINANCES



COMPLÉMENTAIRE : LES AGENTS PUBLICS INÉGAUX

FPT

Participation moyenne

de l'employeur
par mois et
par agent

17.1€ en santé
11.4€ en prévoyance

en baisse



Implication des collectivités locales en hausse

2010

EN SANTÉ : **28%**

EN PRÉVOYANCE : **41%**

2017

EN SANTÉ : **56%**

SOIT PLUS DE 5 COLLECTIVITÉS SUR 10

EN PRÉVOYANCE : **69%**

SOIT PRÈS DE 7 COLLECTIVITÉS SUR 10

Pour **1 collectivité sur 2** cette protection
porte à la fois sur la **santé** et la **prévoyance**

Mise en œuvre de la PSC

71% plus fréquente dans les
communautés de communes

50%
SANTÉ
+ PRÉV

FPH

Participation directe
de l'employeur **0€** par mois
par agent

Droits spécifiques

**MAIS AVEC DES
DISPARITÉS**

DANS LES MODALITÉS
D'APPLICATION ENTRE AGENTS
HOSPITALIERS

*soins
gratuits*
*prestation maintien
de salaire du CGOS*



POUR ALLER PLUS LOIN :

FPE – FPT – FPH

98% des agent publics couverts par une complémentaire santé (en 2014)
et

Près d'1 agent sur 10 se déclare mal informé en matière de protection
sociale et sur les enjeux liés à la santé au travail
(risques professionnels...).

Sources : Réunion OS/DGAFP juillet 2019 (premiers constats du rapport inter-inspection PSC)
Observatoire des fragilités sociales dans la Fonction publique – enquête Harris Interactive octobre 2018

EN CHIFFRES

HORS SÉRIE

FONCTION PUBLIQUE, SANTÉ AU TRAVAIL

LES FICHES
**MÉ
MEN
TO**
DE LA MFP

57% Agents publics
pensent enjeux de santé
& bien être au travail
MAL PRIS EN COMPTE

PAR LEUR EMPLOYEUR

35% Agents publics
pensent que leur travail
DÉGRADE LEUR SANTÉ

**51% S'ATTENDENT À UN
IMPACT ACCRU À L'AVENIR**

EN CHIFFRES

SUREXPOSITION
PSYCHOLOGIQUE

22% **Agents** subissent des **INCIVILITÉS**
33% FPH
39% PERSONNEL SOIGNANT
54% POLICIERS

TROUBLES,
ANXIÉTÉ

3
10 ont consommé des **BENZODIAZÉPINES**
dans les 12 derniers
mois
SURCONSUMMATION DANS LES
CATÉGORIES C (SURVEILLANTS
PÉNITENTIAIRES, GENDARMES
VOLONTAIRES, DOUANIERS...)

MÉDECINE DU
TRAVAIL

50% **de la** **FRÉQUENCE** **DES VISITES** **insatisfaits**

SUREXPOSITIONS PHYSIQUES
RÉGULIÈRES

15% **Agents** prennent le risque d'être **BLESSÉS**
31% PERSONNEL SOIGNANT
46% POLICIERS

FATIGUE MENTALE

75% des agents sont **STRESSÉS**
(30% régulièrement)

+ CATÉGORIE **A**
45% FATIGUE
35% STRESS

1
4 des agents **VICTIMES**
AGRESSIONS
VERBALES

33.4% FPH CAR PRÈS DE
92% EN CONTACT DIRECT
AVEC LE PUBLIC

1
5 déplacent des **CHARGES
LOURDES**

58% PERSONNEL SOIGNANT
24% AGENTS DE CATÉGORIE C

Sources : Enquête MFP / Harris Interactive, octobre 2018

Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique, Edition 2018 - Baromètre Santé des fonctionnaires BVA/MFP Services, 2018.

Rapport Santé au Travail dans la Fonction publique - C. Lecocq, P. Coton, JF Verdier, septembre 2019

EN CHIFFRES

HORS SÉRIE

PORTRAIT SOCIAL DES AGENTS PUBLICS

LES FICHES
**MÉ
MEN
TO**
DE LA MFP

FP
FONCTION
PUBLIQUE



FONCTION PUBLIQUE



FEMME : 62.1%

PRIVÉ
45.8%

CATÉGORIE C : 45.1%

ÂGE : 43.3 ANS

PRIVÉ
40.9

+ DE 55 ANS 32%

43.7 % sont en situation de

**rapport rendu
avec le public**

(contre 28,1% dans le privé)

MÉTIERS LIÉS À
LA JUSTICE 76%
L'ACTION SOCIALE 67%

36.7 %

**travaillent
le dimanche**

(contre 25,1% dans le privé)

EN CHIFFRES

PORTRAIT SOCIAL DES AGENTS PUBLICS

FPE

AGENTS
DE L'ÉTAT



FONCTION PUBLIQUE



FEMME : 55.3%

PRIVÉ
45.8%

CATÉGORIE A : 55.6%

FP
35%

ÂGE : 42.5 ANS

PRIVÉ
40.9

+ DE 50 ANS 34.5%

45.6 % sont en
situation de
tensions
avec le public
(contre 28,1% dans le privé)

73.2 %
apaisent
le public
(contre 49,2% dans le privé)

PORTRAIT SOCIAL DES AGENTS PUBLICS

FPT
AGENTS
TERRITORIAUX



FONCTION PUBLIQUE



FEMME : 61.3%

PRIVÉ
45.8%

CATÉGORIE C : 75.6%

FP
45.1%

ÂGE : 45.2 ANS

PRIVÉ
40.9%

+ DE 50 ANS 40.3%

54.3 %
affrontent
la détresse du
public
(contre 39,7% dans le privé)

18.7 %
subissent
des agressions
verbales
(contre 12% dans le privé)

FPH

AGENTS
HOSPITALIERS



FONCTION PUBLIQUE



FEMME : 77.7%

PRIVÉ
45.8%

CATÉGORIE C : 48%

FP
45.1%

ÂGE : 41.8 ANS

PRIVÉ
40.9%

+ DE 50 ANS 32.1%

88.1 % sont
en
contact
avec la détresse
du public
(contre 39,7% dans le privé)

71 %
travaillent
le samedi
(47,5% ensemble de la population active)

EN CHIFFRES

- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique hospitalière
- Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique de l'état
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires
- Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique territoriale
- Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la Fonction publique
- Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels
- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux critères de choix des employeurs publics
- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux modalités d'application de l'article 17 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels
- Arrêté du 19 décembre 2007 pris en application de l'article 23 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels
- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal officiel de l'Union européenne pour le choix des organismes de référence par l'employeur public
- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux majorations de cotisations prévues par l'article 16-2 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels
- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif à la répartition de la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels

- ▶ Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la Fonction publique
- ▶ Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 modifié relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents
- ▶ Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation
- ▶ Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents
- ▶ Arrêté du 8 novembre 2011 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal Officiel de l'Union Européenne pour le choix des organismes en cas de convention de participation
- ▶ Référé du 21 février 2012 de la Cour des comptes relatif à la protection sociale complémentaire des agents de l'Etat
- ▶ Archives gouvernementales 2012
- ▶ Circulaire n° RDFB1220789C du 25 mai 2012 - Participations des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents
- ▶ Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective, Dominique Libault, Directeur général de l'Ecole nationale supérieure de la sécurité sociale, septembre 2015
- ▶ Etude *La protection sociale complémentaire des agents territoriaux*, Centre national de la Fonction publique territoriale, octobre 2015
- ▶ Rapport *Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé*, Inspection générale des affaires sociales, avril 2016
- ▶ Circulaire n° RDFF1609362C du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire dans la Fonction publique de l'état
- ▶ *La protection sociale complémentaire en 8 questions*, ANDCDG, Association Nationale des Directeurs et Directeurs-adjoints des Centres De Gestion de la Fonction publique territoriale, 2016
- ▶ Enquête Conditions de travail - Risques psychosociaux 2016, Dares
- ▶ Rapport *Les effets du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 sur l'accès à la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique territoriale*, Conseil supérieur de la Fonction publique territoriale, 29 mars 2017
- ▶ Recueil statistique CNRACL 2017

- Sondage Ifop pour la MNT *Enquête sur la protection sociale auprès des décideurs des collectivités territoriales*, octobre 2017
- Lettre de mission du 9 février 2018 adressée par le Ministre de l'Intérieur, le Ministre de l'Action et des Comptes publics, le Secrétaire d'Etat auprès du Ministre de l'Action et des Comptes publics et la Ministre des Solidarités et de la Santé, aux trois corps d'inspection générale, IGF, IGA et IGAS
- Livre blanc *Santé mieux-être au travail des agents territoriaux, Etat des lieux et propositions*, Mutuelle Nationale Territoriale, février 2018
- La Revue Santé et Travail n°104 Octobre 2018
- Baromètre Santé des fonctionnaires BVA/MFP Services, 2018
- Référé de la Cour des comptes du 14 février 2018 relatif au Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) et l'action sociale hospitalière
- Enquête MFP / Harris Interactive, octobre 2018
- Rapports sur l'état de la Fonction publique, Direction Générale de l'Administration et de la Fonction publique, 2018 et 2014
- Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé
- Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la Fonction publique
- Baromètre du bien-être au travail dans les collectivités MNT/La Gazette – septembre 2019
- Dossier de presse Mars 2019 *Transformer la Fonction publique*
- Rapport « Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la Fonction publique : un devoir, une urgence, une chance » de Charlotte Lecocq, Pascale Coton et Jean-François Verdier - septembre 2019



REFERENCES