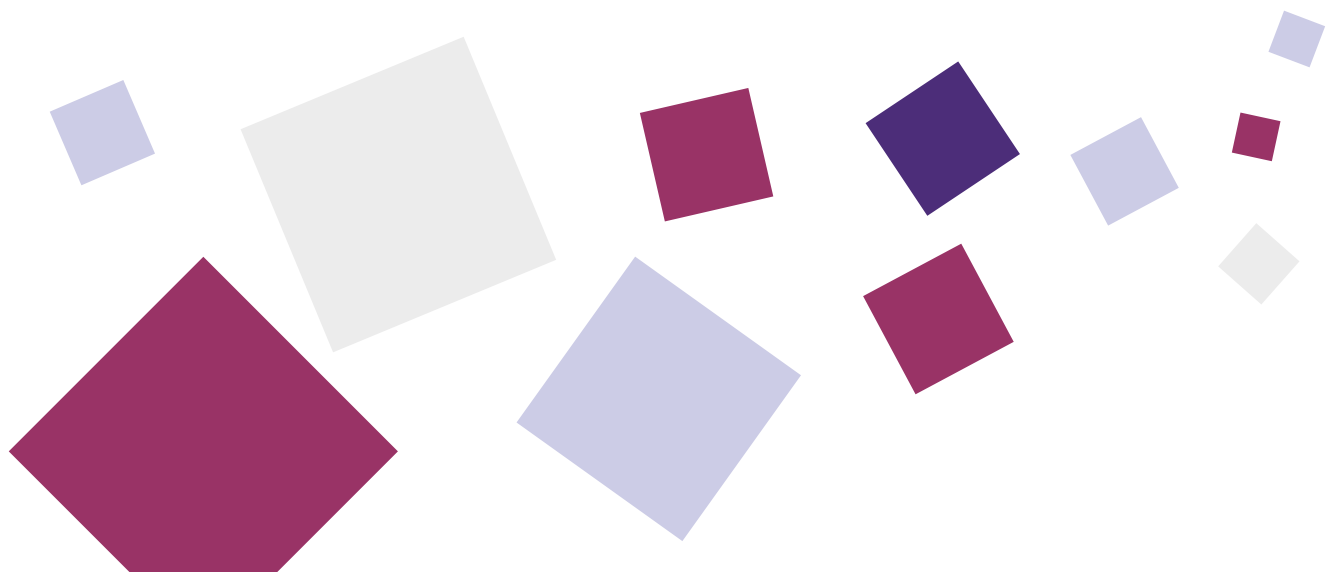


FONCTION PUBLIQUE : QUELS ENJEUX EN MATIÈRE DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE ?

LIVRE BLANC

mars 2018



Le regard d'expert d'ADICEO



CONTRIBUTEURS

Bruno DE LA PORTE

Muriel LARUE

Elina LUMBROSO

REMERCIEMENTS POUR LEUR AVIS D'EXPERTS

Mylène FAVRE-BEGUET , Galéa & Associés

Florian MOKHTAR, Cabinet D4 Avocats & Associés

SOMMAIRE

ADICEO, EN QUELQUES MOTS.....	4
EDITO.....	5
1. SPÉCIFICITÉS DE LA PSC DANS LA FONCTION PUBLIQUE.....	6
1.1 Les principaux risques sociaux couverts.....	7
1.2 Le rôle des régimes complémentaires.....	8
1.3 Des différences profondes et anciennes avec le secteur privé.....	9
1.4 Des dispositifs facultatifs dans la fonction publique.....	10
1.5 Un cadre légal commun mais une mise en œuvre différenciée.....	11
2. RETOUR SUR LA MISE EN ŒUVRE DU DÉCRET FPE.....	16
2.1 D'un mono-référencement à un multi-référencement.....	17
2.2 Des disparités fortes entre ministères.....	18
2.3 Un effort financier de l'Etat-employeur limité et illisible.....	19
2.4 Des organisations syndicales faiblement associées.....;	20
2.5 Le débat sur la nature mutualiste/secteur lucratif.....	21
3. RETOUR SUR LA MISE EN ŒUVRE DU DÉCRET FPT.....	23
3.1 Une forte hétérogénéité entre les collectivités territoriales.....	24
3.2 Le renforcement du rôle du centre de gestion.....	26
3.3 Un dialogue social peu performant.....	27
3.4 Les questions posées par le courtage.....	28
3.5 Les mutuelles communales : une réelle alternative ?	29
4. ENSEIGNEMENTS SUR LE TERRAIN 10 ANS APRÈS LA LOI DE 2007.....	30
4.1 Les procédures d'appel d'offre.....	31
4.2 La mise en œuvre des contrats collectifs.....	33
4.3 Un dispositif de labellisation détourné de son objectif initial.....	34
4.4 Quels progrès pour les agents ?	35
5. LES 12 PROPOSITIONS D'ADICEO.....	38
REGARDS CROISÉS DE L'ACTUAIRE ET DU JURISTE	49



ADICEO, en quelques mots...

Constructif et parfois impertinent, ADICEO accompagne les acteurs du champ de la protection sociale (mutuelles, institutions de prévoyance, ... et les employeurs publics).

Réunissant à la fois une réelle maîtrise sectorielle, une forte séniorité au sein de ses consultants ainsi qu'une approche méthodologique favorisant la **co-construction** et le **sur-mesure**, ADICEO se positionne comme un partenaire auprès de ses clients pour les aider à trouver et mettre en œuvre **les solutions optimales et soutenables** pour leurs organisations.

Grâce à nos expertises croisées et à la diversité de nos expériences auprès des acteurs de la protection sociale, ADICEO propose à ses clients une **approche à 360°** facilitant la transversalité et les interactions structurée autour de 4 thématiques :

- ♦ Innover et surprendre pour créer de la valeur
- ♦ Accompagner le changement auprès des équipes
- ♦ Apporter des réponses aux défis de demain
- ♦ Réussir l'excellence opérationnelle

ADICEO a pour ambition d'accompagner ses clients à prendre en main leur **transformation** à un moment où le choc digital impose d'adopter un nouveau point de vue.

Concernant le domaine de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, ADICEO a fortement investi pour accompagner les acteurs (aussi bien les employeurs publics que les organismes assureurs) en toute indépendance et neutralité.

ADICEO pense son métier de consultant expert avec une réelle dimension de partage de réflexion, de croisement de regard et d'anticipation des changements en réalisant des notes de réflexion et en proposant aux différents acteurs de venir échanger et mettre en commun leurs analyses.

ADICEO, **notre créativité au service de votre performance !**

Depuis 2012, ADICEO (dans un premier temps sous l'appellation COPROSOF) s'est fortement impliqué dans **l'accompagnement des acteurs de la fonction publique pour la mise en œuvre et le suivi de leur dispositif de protection sociale complémentaire**. Notre dernier séminaire du 19 septembre 2018 portant sur le pilotage des conventions de participation a permis de faire le point entre collectivités, centres de gestion et organismes assureurs sur ce sujet.

S'appuyant sur le cœur de notre activité auprès des organismes assureurs, nous avons enrichi notre expérience en nous confrontant également aux spécificités de la fonction publique, parfois surprenantes.

A la veille des travaux initiés par le nouveau gouvernement, en particulier par Monsieur Olivier DUSSOPT (Secrétaire d'État chargé à la Fonction Publique, ancien député du département de l'Ardèche, maire d'Annonay et ex-Président de l'APVF - Association des Petites Villes de France -), ADICEO a souhaité partager son retour d'expériences opérationnelles ainsi que certains échanges avec des acteurs qui nous ont fait confiance (ministères, collectivités territoriales ou encore organismes assureurs). Nous nous sommes appuyés également sur les premiers travaux initiés par la DGAFP (Groupe de travail Protection Sociale Complémentaire de mars 2017) et les rares rapports publiés sur le sujet.



Au regard de la difficulté de disposer de données chiffrées détaillées, la mission confiée le 13 février 2018 aux 3 corps d'inspection (IGF, IGA, IGAS) permettra d'intégrer des résultats chiffrés utiles en complément.

Ce livre blanc s'attache à analyser les modalités d'accès des agents publics à la protection sociale complémentaire et présente **12 propositions d'ADICEO** pour améliorer la couverture de tous les agents en matière de risque santé et prévoyance. La préoccupation constante d'ADICEO dans ses travaux est de pouvoir articuler l'amélioration de la couverture pour tous les agents et la pérennité des garanties proposées en matière de santé et de prévoyance.

Nous ne prétendons pas être exhaustif ni exclusif, mais volontairement constructif et pragmatique...

Bonne lecture.

Bruno de la Porte - Président d'ADICEO



PARTIE 1 : SPECIFICITES DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE (PSC) DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Cette première partie apporte un éclairage sur le cadre juridique issu de 2007 et le fonctionnement spécifique de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique par rapport au secteur privé.

Elle identifie également les particularismes propres à chacune des 3 fonctions publiques sur ce sujet.

1. Les principaux risques sociaux couverts

La protection sociale est un ensemble de dispositifs qui permet à chacun de s'assurer financièrement face aux **risques sociaux**, c'est-à-dire aux situations pouvant provoquer une augmentation des dépenses (frais médicaux, vieillesse, famille), et/ou une diminution des ressources (perte de salaire, diminution du revenu), et à en compenser les impacts.

Les principaux **risques sociaux** couverts par la protection sociale en France concernent :

- ♦ La santé (maladie, invalidité, maladies professionnelles/accidents du travail),
- ♦ La vieillesse (retraite, veuvage, perte d'autonomie),
- ♦ La famille (maternité, enfance, jeunesse),
- ♦ L'emploi (assurance chômage, insertion professionnelle).

ACTEURS DE LA PROTECTION SOCIALE

Sécurité Sociale avec 5 branches

Couverture obligatoire de base aux travailleurs

Pôle Emploi et UNEDIC

Assurance chômage

Etat et collectivités territoriales

Aide sociale qui apporte un soutien aux plus démunis (minima sociaux)

Acteurs des régimes complémentaires pour la couverture santé et retraite

Nb : Les 5 branches de la Sécurité Sociale sont : la branche « maladie », la branche « maladies professionnelles/accidents du travail », la branche « retraite », la branche « famille », la branche « cotisation et recouvrement ».

Elle comprend différents régimes regroupant les assurés sociaux selon leur activité professionnelle (principaux régimes : général, agricole et spéciaux¹ : régime spécial des fonctionnaires², SNCF, EDF, etc.).



Quid de la prise en charge du risque dépendance ?

Considérant que les branches de la Sécurité sociale ne pouvaient être en mesure de répondre au défi démographique, le gouvernement envisageait en 2009 d'assurer la prise en charge de la dépendance par la création d'un « 5^{ème} risque », combinant un financement public au titre de la solidarité et la mise en place d'une assurance individuelle encouragée par des incitations fiscales.

Cette **réforme de la dépendance, visant à consacrer davantage de moyens à la perte d'autonomie, a été finalement annulée le 1^{er} février 2012** en raison du coût et du mode de financement à trouver pour une solution collective.

Nous n'aborderons pas ce sujet dans livre blanc, même si le débat est encore totalement ouvert et fait l'objet de demandes répétées de la part des organisations syndicales de la fonction publique. Pour autant, la question reste posée, et concerne toute la population française. Dans ce cadre, notons la récente initiative commune de l'OCIRP et la Mutualité française pour la création d'un « Lab autonomie ».

2. Le rôle des régimes complémentaires

Les **régimes complémentaires** fournissent un **complément** de couverture pour les risques pris en charge par la Sécurité Sociale. Ils donnent lieu à des dispositifs obligatoires ou facultatifs.

EN MATIERE DE RETRAITE

Les régimes de retraite complémentaires

Gérés par l'AGIRC-ARRCO, l'IRCANTEC, le RAFP, etc. , ils ont un caractère obligatoire au regard du statut juridique de la personne.

EN MATIERE DE SANTE ET PREVOYANCE

Les régimes complémentaires :

- ◆ En matière de santé, en complément au remboursement de la Sécurité sociale,
- ◆ En matière d'arrêt de travail, en complément à la prise en charge de la Sécurité sociale ou du statut de la FP.

Gérés par des Mutuelles, des Institutions de Prévoyance ou des Assureurs, ils ont un caractère obligatoire pour les salariés du secteur privé (en santé, voire aussi en prévoyance en cas de dispositions conventionnelles).

La retraite supplémentaire facultative

Elle s'ajoute à la retraite de base et la retraite complémentaire. Elle peut être mise en place par une entreprise (engagements de retraite pris par l'employeur) ou de manière individuelle (épargne retraite, assurance-vie).

Les surcomplémentaires santé et autres dispositifs à caractère facultatif

Ils proposent des garanties en santé, en prévoyance et en dépendance. Ils couvrent les risques liés à la maladie, la maternité, l'incapacité de travail et tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès.



Notre livre blanc porte sur cette partie :
santé et prévoyance

3. Des différences profondes et anciennes avec le secteur privé

Dans le secteur privé, l'employeur a l'obligation de participer à la PSC de ses salariés.

En prévoyance, la convention collective nationale du 14 mars 1947 a introduit l'obligation de financement d'une couverture prévoyance (décès, a minima) pour les ingénieurs et cadres. Depuis, l'ensemble des garanties prévoyance a fait l'objet d'accords de branche très répandus avec une **obligation de prise en charge partielle** par l'employeur.

En santé, les accords de branche existent aussi mais ils sont nettement moins nombreux.

Pour répondre aux disparités rencontrées entre salariés du secteur privé, la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (qui a transposé l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013), a généralisé une couverture complémentaire santé **collective obligatoire** minimale dans toutes les entreprises à partir du 1er janvier 2016. Elle prévoit un financement employeur de 50% du montant des cotisations de ses salariés et un maintien des droits pour les demandeurs d'emploi (« portabilité »).

Dans le secteur public, le statut général des fonctionnaires garantit un socle de protections uniquement en cas d'arrêt de travail.

Le « statut général » des fonctionnaires, tel qu'il a été défini par les quatre lois du 13 juillet 1983, des 11 et 26 janvier 1984 et du 9 janvier 1986, détermine les principes communs à l'ensemble des fonctionnaires et également des particularités propres à chacune des 3 fonctions publiques³. Il établit des spécificités en termes de recrutement (par concours), de déroulement de carrière, de formation, de promotion, de mobilité au sein des corps (fonction publique d'Etat et fonction publique hospitalière) ou cadres d'emplois (fonction publique territoriale), de régime indemnitaire⁴ ou de retraite.

Le statut n'impose pas à l'employeur public de participer à la PSC des agents, mais il prévoit un socle de protection qui s'ajoute au régime spécial de Sécurité Sociale des fonctionnaires. En particulier, il impose à l'employeur public de maintenir la rémunération de l'agent en cas d'arrêt, sur une période déterminée en fonction du type de congé maladie.

Ainsi, pour le secteur public, **l'employeur n'a pas d'obligation de participer à la PSC de ses agents**. Les fonctionnaires peuvent alors souscrire des garanties complémentaires, mais cela reste **une démarche individuelle et facultative**.

4. Des dispositifs facultatifs dans la fonction publique

La protection sociale complémentaire des agents publics relève **de dispositifs facultatifs** mis en place par les employeurs publics au bénéfice de leurs agents titulaires et contractuels, actifs comme retraités. Ils garantissent une couverture « complémentaire » à celle de la Sécurité Sociale et du droit statutaire.

SANTÉ	PREVOYANCE
► Une couverture complémentaire à celle de la sécurité sociale (frais de santé) ◆ Rembourser tout ou partie de la somme qui reste à la charge du malade, ◆ Couvrir les frais d'hospitalisation, consultations, analyses, le recours à des auxiliaires médicaux, l'achat de médicaments, d'appareillages, notamment dentaires et optiques.	► Une couverture complémentaire à celle du statut (maintien de salaire) ◆ Maintenir son niveau de vie en cas d'arrêt, d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès, ◆ Couvrir l'incapacité de travail, l'invalidité, la baisse de revenu durant la retraite et le décès.



Ne pas confondre !

La garantie prévue au statut et le maintien de salaire :

Si le statut général de la fonction publique est protecteur pour les absences de courte durée, il ne l'est pas totalement pour les absences de longue durée : après 3 mois d'arrêt, l'agent perd la moitié de sa rémunération !

La mutuelle santé et la prévoyance :

Certes pour les agents, les 2 contrats sont facultatifs. Ils sont souvent proposées par des organismes mutualistes dits mutuelles, mais leur finalité est très différente :

- * La mutuelle santé permet de rembourser les frais liés aux soins,
- * La prévoyance permet de maintenir la rémunération de l'agent en cas d'arrêt prolongé, quel que soit l'arrêt (suite à un accident de la vie privée – moto, ski, cuisine –, par exemple).

La protection sociale complémentaire et l'épargne retraite :

Les contrats santé et prévoyance fonctionnent sur une base annuelle : les cotisations permettent de couvrir des sinistres (soins, arrêts de travail) qui se sont produits durant l'année de cotisation.

Aucune capitalisation de la cotisation ne se réalise, à la différence des solutions d'épargne (telle que la Préfon, par exemple).

5. Un cadre légal commun mais une mise en œuvre différenciée

Historiquement, la PSC des agents publics est organisée par les mutuelles de fonctionnaires sur la base du lien professionnel. Ainsi, pour chacune des fonctions publiques (Etat, Territoriale ou Hospitalière), des mutuelles spécifiques se sont créées au niveau national ou local.

L'encadrement juridique de la participation financière de l'employeur public a fait l'objet d'une évolution sensible sur les 50 dernières années.

Les dispositifs de PSC dans la fonction publique sont maintenant encadrés par :

- ◆ L'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires⁶,
- ◆ La loi n° 2007-148 de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007 redéfinissant les principes de fonctionnement de la PSC des 3 fonctions publiques :
 - * L'ouverture à la concurrence des organismes gestionnaires,
 - * La participation de l'employeur public au financement de la PSC (Article 39),
- ◆ Les décrets d'application de la loi de 2007 et les circulaires associées pour la FPE et pour la FPT.



5.1 Les règles définies pour la fonction publique d'Etat (FPE)

Cadre juridique pour la fonction publique d'Etat :

- ◇ Décret⁷ d'application de la loi de modernisation de la fonction publique du 19 septembre 2007 et arrêtés du 19 décembre 2007
- ◇ Circulaire d'application du 25 mai 2012
- ◇ Circulaire d'application du 227 juin 2016, pour la seconde vague de référencement

Pour les ministères ayant décidé de participer financièrement à la PSC de leurs agents, la **procédure de référencement** leur permet de sélectionner un ou plusieurs opérateurs santé et prévoyance après **une procédure de mise en concurrence**.

L'objectif est de référencer des opérateurs (et donc de les soutenir financièrement) qui se conforment aux obligations réglementaires telles que le respect des mécanismes de solidarité intergénérationnelle, familiale et contributive ainsi que la couverture des agents en activité et à la retraite.

Les points clés du référencement sont :

- ◆ Une durée de 7 ans,
- ◆ Un couplage des risques « santé » et « prévoyance »,
- ◆ Une adhésion facultative,
- ◆ La sélection de l'organisme de référence au terme d'une procédure de mise en concurrence et sur la base de critères publiés (principes de transparence et de non-discrimination),
- ◆ Une aide financière, variable selon les ministères, versée aux organismes et non aux agents.

NB : Cela concerne les ministères et éventuellement les établissements publics.

5.2 Les règles définies pour la fonction publique territoriale (FPT)

Cadre juridique pour la fonction publique territoriale :

- ◇ Décret et arrêté du 8 novembre 2011 ⁸
- ◇ Circulaire d'application du 25 mai 2012
- ◇ Loi 2009-372 du 3 août 2009, ◇ Loi 2010-751 du 5 juillet 2010, Loi 2010-1249 du 22 octobre 2010

Si une collectivité décide de participer financièrement à la PSC de ses agents (cela reste facultatif), ce financement doit respecter plusieurs conditions :

- ◆ Choisir parmi 2 procédures possibles :

LABELLISATION

- ◆ Chaque agent est libre de choisir son contrat parmi ceux disponibles, mais la collectivité ne peut participer financièrement qu'à la condition où le choix de l'agent se soit porté sur un contrat labellisé,
- ◆ Une liste de contrats labellisés est disponible auprès de la Direction Générale des Collectivités Locales (DGCL). Disponible sur www.collectivites-locales.gouv.fr, elle est établie à partir des labels accordés pour 3 ans par des organismes habilités par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

CONVENTION DE PARTICIPATION

- ◆ C'est un contrat collectif à adhésion facultative, devant respecter les conditions de solidarités fixées par le décret,
- ◆ L'employeur public doit effectuer un appel public à la concurrence. La convention est signée pour 6 ans (prolongation d'une année possible) avec un seul acteur (par risque),
- ◆ La convention de participation n'est pas un marché public : c'est une convention spécifique régissant les relations entre le pouvoir adjudicateur et l'organisme assureur désigné, aux bénéfices des agents (et des retraités, en Santé) de la collectivité,
- ◆ La participation financière de la collectivité est versée soit à l'agent, soit à l'organisme retenu.

NB : Cela concerne les collectivités territoriales, mais aussi les établissements publics locaux. Le dispositif est adapté en fonction de la typologie des employés. S'ils sont majoritairement salariés du privé (type OPH), les modalités du privé l'emportent... sauf pour les agents publics.

5.3 Les règles définies pour la fonction publique hospitalière (FPH)

Cadre juridique pour la fonction publique hospitalière :

Aucun décret d'application publié à ce jour suite à la réforme de 2007

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986

La FPH se distingue des deux autres car elle n'a - à ce jour - donné lieu à aucun décret d'application.

Par conséquent, les dispositifs historiques liés à la PSC continuent d'exister.

La loi du 9 janvier 1986 portant sur les dispositions relatives à la FPH prévoit les droits statutaires spécifiques suivants :

- ♦ **L'article 44 de la loi** indique qu'en cas d'hospitalisation, l'établissement employeur prend à sa charge pendant une durée de 6 mois maximum le montant des frais non remboursés par les organismes de sécurité sociale pour les fonctionnaires en activité.
- ♦ **La participation financière du Comité de gestion des œuvres sociales (CGOS)** intervient en matière de prévoyance et verse les prestations compensatoires en cas d'arrêt de travail si baisse de revenu.

De plus, ces derniers peuvent bénéficier 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,

Le détail de la protection sociale des agents de la FPH est présenté dans un guide produit par le [Ministère des Affaires sociales et de la Santé](#). Il porte uniquement sur le risque maladie et accident de services

5.4 La FPE, la FPT et la FPH : Synthèse des spécificités

Le cadre juridique actuel issu de la loi de 2007 organise la participation de l'employeur au financement de ses agents et fixent une durée d'engagement entre l'employeur public et l'organisme assureur. Pour autant, quelle que soit la procédure, **le contrat reste facultatif pour l'agent, qui y souscrit pour une année.**

	FPE	FPT	FPH
Versement de l'aide	L'aide est une somme globale, non individualisée , versée aux organismes d'assurance.	L'aide est individualisée en fonction du nombre d'agents qui souscrit au contrat, versée à l'agent ou à l'organisme retenu.	Non concerné
Mode de sélection des contrats	Désignation d'un ou plusieurs organismes de référence , après mise en concurrence	◇ Sélection d'un seul organisme après mise en concurrence et signature d'une convention de participation - OU ◇ Labellisation nationale de tout contrat répondant à des critères de solidarité les rendant éligibles à l'aide	Non concerné
Durée du dispositif	7 ans	◇ Convention de participation : 6 ans ◇ Labellisation du contrat : 3 ans	Non concerné
Risques couverts	◇ Santé et Prévoyance ◇ Couplage obligatoire	◇ Santé et Prévoyance ◇ Découplage des risques	Non concerné
Agents couverts	Agents publics	Agents publics et privés	Non concerné

Tableau : inspiré du tableau produit par la mission IGAS-IGA-IGF 2015



Le couplage des garanties santé et prévoyance

Le couplage des risques santé et prévoyance mis en évidence par la mutualité, et rendu obligatoire par la procédure de référencement dans la FPE, permet une articulation entre risque court (santé) et long (prévoyance). Pourtant la santé et la prévoyance ne couvrent pas les mêmes risques ni le même périmètre (l'un renvoyant à la santé des individus, des ménages ou familles, l'autre à rémunération personnelle de l'agent actif). Un tel couplage peut générer des confusions sur les risques couverts.

Dans cette logique, le décret n° 2011-1474 (pour la FPT) scinde bien les 2 risques (Santé et Prévoyance) et n'intègre pas la dépendance ou d'autres garanties annexes qui étaient souvent présentes dans les offres historiques (assistance hors santé, caution logement, etc.).

Cela a comme mérite de clarifier les priorités à respecter dans la couverture des agents, à charge ensuite à chacune des collectivités territoriales (dans le cadre du dialogue social) de définir ses priorités.

PARTIE 2 : RETOUR SUR LA MISE EN OEUVRE DU DECRET DANS LA FPE

Le nouveau cadre juridique issu de la réforme de 2007 a imposé une mise en concurrence des organismes assureurs pour l'obtention de la participation financière de l'Etat. Le multi-référencement s'est progressivement généralisé aujourd'hui.

Après deux vagues de référencement (en 2007 et 2016), nous proposons de revenir sur la mise en pratique effective par les différents ministres et d'analyser la situation actuelle des agents de la FPE en matière de protection sociale complémentaire.

1. D'un mono-référencement à un multi-référencement

Lors de la première vague de référencements (2008-2009), la quasi-totalité des mutuelles « historiques » de la fonction publique avait conservé son territoire. Cette situation avait amené la Cour des comptes à constater, dans un référé rendu public le 27 juin 2012, une inégalité de traitement entre les candidats⁹.

Logiquement, après 7 années d'existence, ces premiers référencements ont donné lieu à un renouvellement à compter de 2016. Une circulaire visant à sécuriser le dispositif juridique de participation des administrations de l'Etat à la PSC des fonctionnaires a été publiée par le Ministère de la Fonction Publique et le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé le 27 juin 2016¹⁰.

Cette circulaire reprend un cadre juridique inchangé par rapport à la première vague de référencement :

- ♦ L'adhésion des agents reste facultative,
- ♦ Le principe de solidarité est confirmé,
- ♦ L'aide de l'employeur est versée à l'organisme référencé,
- ♦ Le couplage des garanties santé et prévoyance est préservé (il n'inclut pas la dépendance),
- ♦ La période de référencement reste de 7 ans.

Les résultats de la seconde vague de référencement conduite au sein de différents ministères d'Etat en 2016-2017 ont considérablement modifié le paysage de la PSC dans la FPE. **C'est principalement le multi-référencement qui s'est imposé dans les ministères** (voir tableau de synthèse en page 22).

Certes certaines mutuelles historiques ont conservé un mono-référencement (la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes, et la Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie). D'autres n'ont pas vu leur référencement renouvelé (Mutuelle du Ministère de la Justice).

Un seul **ministère, celui de l'Intérieur, ne participe pas financièrement à la PSC de ces agents**. Par conséquent, il n'a pas réalisé de procédure de référencement. La situation historique se maintient avec 2 opérateurs majoritaires (Intériale Mutuelle et la Mutuelle Générale de la Police).

2. Des disparités fortes entre ministères

La procédure de référencement prévoit la possibilité de réaliser un appel d'offre pour chacun des ministères. Ces consultations se déroulent sur la base d'un cahier des charges construit spécifiquement, même si la circulaire du 27 juin 2016 en fixe les contours.

Ceci génère des **inégalités significatives** pour les agents, portant sur :

- ◆ **Les garanties mises en œuvre** : pas les mêmes niveaux de couverture (remboursement en santé, complément de rémunération en prévoyance) voire pas la même couverture disponible en option (dépendance dans certains cas, tel le MAEDI),
- ◆ **Le montant des cotisations à la charge des agents**, en raison de :
 - * La différence entre les garanties à couvrir,
 - * Une mutualisation s'opérant au périmètre d'un seul ministère, et non de tous les agents de la FPE. Ceci a pour conséquence des sinistralités différentes et une base assurable très variable (de quelques milliers d'agents pour le MAEDI à près d'un million pour le MEN),

- * Une participation financière variant fortement d'un ministère à un autre (voir tableau de synthèse en page 22).

Certes, l'égalité des couvertures n'existe pas non plus dans le privé¹¹, mais les employeurs et les métiers sont totalement différents.

Dans le cas des ministères, les métiers et/ou les environnements professionnels sont parfois très différents (ex. des agents en mission pour les Affaires Etrangères, les non civils pour la Défense ou les agents sur le terrain pour l'Intérieur), mais **l'employeur est le même : l'Etat.**

3. Un effort financier de l'Etat employeur limité et illisible

“

« L'employeur public détermine, dans le cahier des charges, un plafond budgétaire estimé de sa participation financière qu'il sera ensuite libre de verser. Chaque année, l'employeur public détermine, en outre, le montant budgétaire maximal de sa participation.

Le montant du versement de la participation financière est, ensuite, plafonné par le montant des transferts de solidarité, intergénérationnels et familiaux, effectivement mis en œuvre par l'organisme de référence. ... »

Extrait de l'annexe 1 de la circulaire du 27 juin 2016

Ces règles induisent **2 conséquences** confirmées par les consultations de 2016-2018 :

- ♦ La participation **n'est pas certaine pour l'organisme assureur** : les chiffres finaux pour l'année à venir ne dépendent pas du nombre d'agents couverts mais du budget réellement disponible pour le ministère. Celui-ci peut changer tous les ans, alors que l'engagement réciproque des 2 parties est de 7 ans.

2 questionnements pour l'organisme assureur :

- * La compatibilité avec une anticipation d'actions (engagement) par lui-même,
- * L'intégration ou non par lui du montant de la participation de l'Etat dans ses calculs d'équilibre financier du contrat puisque cette dernière n'est pas garantie.
- ♦ La participation **n'est pas lisible et décisive pour l'agent** : le dispositif ne se traduit pas concrètement par une aide financière directe à l'agent (celui-ci n'en a aucune trace sur son bulletin de paie mensuel).

Le montant de la participation de l'Etat versé pour chaque agent est limité (voir chiffres dans le tableau page 22) et inexistant pour le ministère de l'Intérieur).

L'aide financière apportée par le ministère ne permet pas, en tant que telle, de rendre attractive l'offre proposée à l'agent par rapport à des offres similaires non référencées.

Les agents jeunes sont particulièrement concernés au regard du renchérissement de la cotisation lié au mécanisme de solidarité (par rapport aux tarifs pratiqués pour les contrats individuels jeunes).

2 questionnements pour l'agent :

- * La prise de conscience de l'aide financière apportée par son employeur,
- * L'incitation à souscrire un contrat référencé par rapport à ceux non référencés.

4. Des organisations syndicales faiblement associées

« **La place du dialogue social** » est rappelée dans la circulaire du 27 juin 2016. Pour autant, force est de constater que la pratique ne semble pas encore au rendez-vous, si nous nous référons aux communications réalisées par les organisations syndicales à la suite de la deuxième vague de référencement.

A titre d'exemple, le communiqué de la CFDT du ministère de la Défense de septembre 2017 déplore le référencement de 4 organismes, alors que les représentants du personnel avaient émis le souhait de 2 opérateurs référencés, ce qui était, selon eux, « la condition pour préserver la solidarité en tant que principe ». L'organisation syndicale souligne le fait qu'elle n'aurait pas été suffisamment associée à la procédure, ni « écoutée ».

Cette faible association des syndicats aux démarches de référencement ainsi qu'au suivi des contrats de PSC a également été mise en avant dans une lettre des syndicats de la fonction publique au Premier ministre le 21 septembre 2016. Dans cette lettre ouverte, les organisations syndicales CGT, CFDT, FO, UNSA, FSU et Solidaires évoquent la faible implication des organisations syndicales aux processus de négociation (état des lieux, communications de projets d'appels d'offres, l'implication dans les débats sur les contenus des conventions de référencement et leur suivi).

5. Le débat sur la nature mutualiste/secteur lucratif

Dans la deuxième vague de référencements pour la FPE, comme dans la première, le courtage n'est pas apparu (à la différence du secteur privé ou de la FPT).

Cela signifie-t-il que l'ouverture à la concurrence reste encore limitée ou que ce « marché » n'est pas encore atteint pas les acteurs du secteur lucratif ?

L'historique des liens syndicaux au sein des ministères avait maintenu, lors des premiers référencements, une quasi omniprésence des mutuelles historiques, dites mutuelles de fonctionnaires.

Seule Groupama, société d'assurance mutuelle ou mutuelle d'assurance historique du monde agricole, avait réussi à faire irruption dans le paysage (voir tableau de synthèse page 22). Mais sa dimension mutualiste et affinitaire justifiait cet écart.

Dans le cas de la seconde vague, **les segmentations historiques n'ont pas toujours résisté** et des acteurs, ni mutualiste ni affinitaire, sont apparus : CNP Assurances ou AXA (en partenariat).

Ce constat n'est que la **conséquence de plusieurs transformations « rampantes »** :

- ♦ **Sociétales** : qui conduisent à transformer l'agent en un consommateur comme un autre (l'individualisme et le consumérisme ambiant l'emportant sur le corporatisme),
- ♦ **Réglementaires** : qui ont pour conséquence de standardiser les contrats et générer des regroupements de moyens conduisant à des groupes d'acteurs trans-familles (comme COVEA, avec des sociétés d'assurance mutuelles, des mutuelles et une institution de prévoyance, ou AG2R LA MONDIALE, avec l'ensemble des familles représentées, pour ne citer que les plus anciens).

Après ces premiers pas dans l'ouverture à la concurrence, nous pouvons nous demander si cela s'accélèrera lors de la troisième vague ?

Il conviendra dans les prochaines années de valider si la FPE **nécessite toujours des acteurs dédiés** car le sens donné à l'action de ses agents doit être supporté par des pairs avec une approche volontairement affinitaire, ou si, l'attente des agents **se porte prioritairement sur le prix**, au risque de voir la question de la PSC basculer totalement dans le secteur lucratif.

Vision synthétique des résultats des référencements

Ministères	1 ^{ère} vague	2 ^{ème} vague
Affaires étrangères	◇ MAEE	◇ MAEE
Agriculture	◇ MGET, SMAR (HFP) ◇ Groupama (Office national des forêts)	◇ Harmonie Fonction Publique (HFP) ◇ Groupama ◇ AG2R La Mondiale
Défense	Civils ◇ HFP ◇ MCDef	Civils ◇ Unéopole (GMF, MGP, Unéo) ◇ Fortégo (AGPM, GMPA, MCDef) ◇ HFP ◇ Intériale
	Militaires ◇ Unéo	Militaires ◇ Groupement Unéo (GMF (Covéa), Unéo) ◇ Groupement Fortégo (AGPM, GMPA, MCDef) ◇ HFP ◇ Intériale
Ecologie, Transports, Logement	◇ MGET (Transports)	◇ MGAS (sur la partie DGAC)
Economie et Finances	◇ MGEFI	◇ MGEFI
Education nationale et Culture	◇ MGEN	◇ MGEN ◇ CNP Assurances ◇ Intériale
Justice	◇ MMJ	◇ Intériale
Santé et Solidarité	◇ MGAS	◇ En cours
Intérieur	Sans référencement	Sans référencement

Tableau issu des informations de l'Argus de l'assurance – novembre 2017

Ministères	Entité	Nb d'agents actifs	Participation annuelle max	Participation/mois/agents actifs
Affaires étrangères		9 410	1 200 000 €	10,63 €
Agriculture	MAAF	41 587	600 000 €	1,20 €
	IFCE	442	10 000 €	1,89 €
	ONF	5 766	1 000 000 €	14,45 €
	INAO	196	5 000 €	2,13 €
	ODEADOM	40	800 €	1,67 €
	IRSTEA	698	15 000 €	1,79 €
	ASP	2 109	42 180 €	1,67 €
	FAM	1 094	21 000 €	1,60 €
	Total	51 932	1 693 980 €	2,72 €
Défense	Militaires (dt gendarmes)	299 483	12 000 000 €	3,34 €
	Civils	60 386	2 000 000 €	2,76 €
	Total	359 869	14 000 000 €	3,24 €
Economie et Finances		144 455	4 000 000 €	2,31 €
Education nationale	Education nationale	1 277 184	4 000 000 €	0,26 €
	Culture	13 305		
	Jeunesse et sport	4 884		
	Total	1 295 373		
Justice		82 987	2 500 000 €	2,51 €
Santé et Solidarités	Aff. Sociales	15 801	380 000 €	1,21 €
	Travail	10 449		
	Total	26 250		

Sources : chiffres annoncés dans les documents de consultation par les ministères (2016-2017)

PARTIE 3 : RETOUR SUR LA MISE EN OEUVRE DU DECRET DANS LA FPT

Le nouveau cadre juridique issu de la réforme de 2007 pour la FPT s'est traduit par une ouverture à la concurrence plus brutale autour de 2 dispositifs juridiques : la labellisation et la convention de participation.

A la veille de la fin des premières conventions de participation, nous revenons sur les différentes mises en œuvre observées entre les collectivités territoriales. Puis nous étudions l'impact de l'hétérogénéité observée entre les collectivités territoriales sur la protection sociale complémentaires des agents de la FPT.

1. Une forte hétérogénéité entre les collectivités territoriales

Un positionnement hétérogène vis-à-vis la PSC des agents

Il convient de rappeler que seules les collectivités territoriales souhaitant participer financièrement à l'acquisition d'une PSC pour leurs agents sont concernées par le décret.

Les seules enquêtes permettant une comparaison « avant et après le décret de 2011 » (cf. tableau ci-dessous), font apparaître un doublement du nombre de collectivités ayant fait le choix de participer financièrement en matière de santé et une augmentation notable en matière de prévoyance (même si les chiffres de 2017 concernant la prévoyance nous paraissent très optimistes).

	2010 *		2014 **		2017 ***	
	Santé	Prév.	Santé	Prév.	Santé	Prév.
Part de collectivités participant à la PSC de leurs agents	28%	41%	41%	58%	56%	69%

* Sondage IFOP/MNT d'octobre 2010 auprès de 401 décideurs représentatifs des collectivités,

** Enquête GMV/MNT de juin 2014 auprès de 400 décideurs, 500 agents territoriaux et 100 retraités représentatifs de la FPT

*** Enquête IFOP/MNT d'octobre 2017 sur la protection sociale auprès de 302 décideurs des collectivités

Attention : Compte tenu des différences méthodologiques entre les 3 enquêtes, les évolutions sont à interpréter avec prudence

D'après le Baromètre HoRHizons 2016, 37% des collectivités ne souhaitent pas mettre en place de dispositif de PSC. Pour les autres, nous constatons une forte hétérogénéité dans la mise en œuvre du décret (choix des risques couverts, dispositif, niveau de participation employeur).

2 raisons expliquant les disparités :

- ♦ **Les disponibilités financières** des collectivités, qui, sans historique de financement de la PSC, n'ont pas priorisé cette aide,

- ♦ **La succession des choix** à effectuer pour mettre en œuvre le décret.



Dans son rapport sur les effets du décret du 8 novembre 2011, le conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT) indique que la labellisation a été le plus souvent préférée à la procédure plus complexe de convention de participation.

Pour notre part, en se basant sur le bilan des consultations (corrigé des AO multiples) réalisées pour les 4 premières années écoulées (voir tableau ci-dessous), les conventions de participation concernent au maximum 35% du total des agents de la FPT (2.031.675 recensés, d'après l'étude des collectivités locales en chiffres - 06/2017)¹².

	Volume d'appel d'offres de 2012 à 2016				
	Santé	Prév.	Double (S+P)	Total	Effectifs assurables *
Communes et communautés	51	225	72	348	217 100
Centres de gestion	4	29	11	44	358 800
Conseils départementaux	4	26	6	36	112 400
Conseils régionaux	2	5	3	10	30 400
Total				438	718 700

* Total des effectifs assurables communiqués dans le dossier de consultation

Mais, pour disposer du nombre réel d'agents ayant bénéficié d'une garantie dans le cadre d'une convention de participation, il faudrait disposer d'un taux moyen d'adhésion des agents. Nous ne pouvons à ce stade que l'estimer au regard de notre expérience (30 à 35% pour une convention en Santé et 60 à 65% en prévoyance).

1. Une forte hétérogénéité entre les collectivités territoriales

Une forte disparité au niveau des participations financières accordées

Depuis la mise en place du décret de 2011, la proportion des collectivités participant à la protection sociale des agents aurait donc augmenté. Mais, toujours d'après les études et enquêtes menées entre 2013 et 2017 pour la MNT, le montant moyen de la participation (pour les collectivités qui participent) semble, lui, avoir diminué sur la même période :

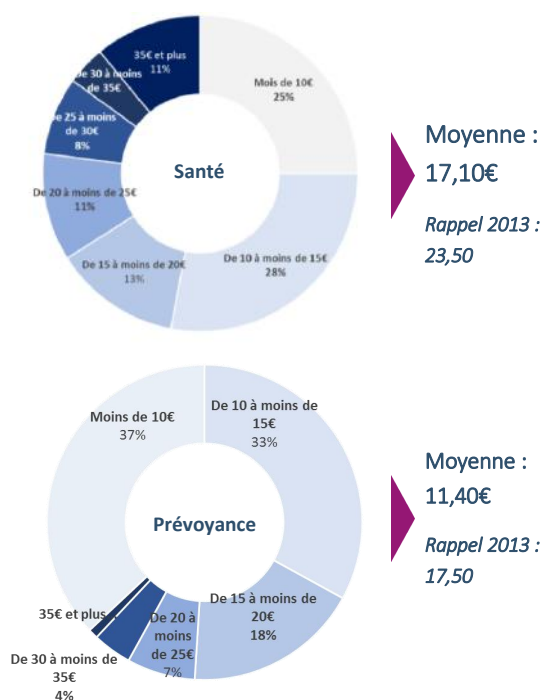
	2013 *		2014 **		2017 ***	
	Santé	Prév	Santé	Prév	Santé	Prév
Montant mensuel moyen par agent	23,50€	17,50€	24,50€	14,30€	17,10€	11,40€

* Enquêtes GMV/MNT de mars 2013 auprès de 307 décideurs représentatifs des collectivités territoriales

** Enquête GMV/MNT de juin 2014 auprès de 400 décideurs de collectivités locales, 500 agents territoriaux et 100 retraités représentatifs de la FPT

*** Enquête sur la protection sociale auprès de 302 décideurs des collectivités territoriales - Sondage IFOP pour la MNT - Octobre 2017

Attention : Compte tenu des différences méthodologiques entre les 3 enquêtes citées, les évolutions sont à interpréter avec prudence



Pour autant, ces chiffres masquent de très fortes différences entre les collectivités, ce que montre très bien le schéma ci-contre (sondage IFOP—Octobre 2017) qui ne concerne que les collectivités territoriales déclarant participer.

Par ailleurs, le CSFPT note aussi que la liberté du décret de 2011 semble pleinement utilisée par les collectivités, avec une très grande variabilité de critères et de niveaux de participation : versement d'un montant forfaitaire unique ou introduction de critères de revenus et/ou de situation familiale (avec 2 à 6 niveaux de participation en général, mais pouvant aller jusqu'à 32 niveaux pour une même collectivité !).

2. Le renforcement du rôle du centre de gestion

Depuis la publication du décret du 8 novembre 2011, les centres de gestion (CDG) peuvent conclure, pour le compte des collectivités et établissements de leur ressort et qui le demandent, des conventions de participation.

Selon le CSFPT, la publication du décret aurait favorisé l'émergence de demandes de collectivités auprès de leur CDG, pour qu'il prenne l'initiative d'une démarche groupée.

La prise en charge de la PSC par les CDG est une excellente occasion de mettre à profit leur expérience et savoir-faire, au titre des missions facultatives. Ils permettent ainsi aux collectivités, quel que soit le nombre d'agents, d'avoir accès à des contrats négociés en leur faisant profiter de :

- ♦ **Leur expertise technique** pour mettre en œuvre une procédure complexe (déjà testée avec le risque statutaire),
- ♦ **Leur capacité de mutualisation de moyens et de négociation** (non accessible aux petites collectivités),
- ♦ **Le regroupement des contacts** avec la CNRACL et l'IRCANTEC pour recenser la population retraitée,
- ♦ La préparation du **plan de communication** auprès des agents,
- ♦ L'organisation de la **portabilité** de garantie.

Sur la base des consultations publiées depuis 2012, **près de la moitié des CDG sont impliqués, avec une priorité donnée au risque prévoyance.**

	Volume d'appel d'offres de 2012 à 2016				Potentiel	
	Santé	Prévoyance	Double (S+P)	Total		
CDG	4	29	11	44	96	46%
Effectifs assurables *	22 700	128 000	208 100	358 800	868 268 **	41%

* Total des effectifs assurables communiqués dans le dossier de consultation

** Total emplois des collectivités de moins 350 agents (Les collectivités locales en chiffres - 06/2017)

Pourtant, l'obligation faite aux CDG d'obtenir préalablement un **mandat** des collectivités présentes sur leur territoire (département) a généré 2 types de dysfonctionnements pour satisfaire les collectivités ayant réagi tardivement à la sollicitation du CDG :

- ♦ Soit le CDG **a accepté de faire bénéficier la collectivité de sa(ses) convention(s), sans mandat préalable** à la consultation initiale. Cela place le CDG dans une situation non conforme à ses obligations précisées dans la circulaire d'application du 25 mai 2012,
- ♦ Soit le CDG **a relancé une nouvelle consultation** pour choisir un opérateur pour une autre convention. En dehors de la charge générée par cette action (préparation de la consultation, sélection de l'opérateur et pilotage de la convention), cela a conduit systématiquement à sélectionner le même opérateur que la première fois ! Si cela est cohérent pour l'offre vers les collectivités, est-ce bien rassurant sur « l'obligation de transparence et de non discrimination » que devait respecter les critères de sélection utilisés pour la 2^{de} ou 3^{ème} consultation réalisée ?

3. Un dialogue social peu performant

Le sujet de la PSC reste perçu comme « très technique » et « affaire de spécialiste », tant par les DRH qu'au niveau des organisations syndicales.

Force est de constater que le sujet est **souvent abordé comme une contrainte** (obligation réglementaire, ou décision de l'élu, ou ...). Les DRH comme les représentants du personnel connaissent rarement ce le sujet. Nos expériences de présentation des enjeux d'une complémentaire en santé et/ou en prévoyance depuis 2012 le prouvent : après une première réticence à nous faire intervenir (souvent de la part de la DRH ou du DGS), **nous constatons une envie d'apprendre et de comprendre** les enjeux et les ressorts du système qui ne se dément pas.

Mais, les expériences sur tout le territoire montrent aussi le peu d'informations relayées en local et les divergences de position en local pour une même famille syndicale. Ce sujet de la PSC est trop souvent « nouveau » avec des positions qui restent très empreintes du contexte et des expériences locales. A charge aux confédérations syndicales de travailler le sujet **pour éviter la perception actuelle d'une action « atomisée »** des organisations syndicales.

Mais, l'initiative ne peut pas se limiter aux organisations syndicales. Les DRH sont aussi largement concernées.

Certes, à la différence du privé pour lequel la mise en place d'un dispositif de PSC est dans la liste des activités d'une Direction des Ressources humaines depuis les années 1950, rares sont les DRH dans les fonctions publiques gérant ce sujet depuis plus de quelques années ...

Pour autant :

- ♦ L'expérience ancienne du privé montre que ce sujet est **porteur et facilitateur dans le cadre du dialogue social**,
- ♦ Le législateur a bien précisé que l'employeur agissait pour le compte des agents, ce qui nécessite d'impliquer les représentants du personnel dans la mise en œuvre et la gestion de ce dispositif. D'où l'obligation formalisée dans le décret n°2011-1474 d'un **passage préalable et systématique en Comité Technique**.

Ce défaut de maturité doit être comblé et passera par la **formation de tous les acteurs concernés** (dirigeants, RH et représentants du personnel).

4. Les questions posées par le courtage

Dans le cas de la FPT, les courtiers sont rapidement **devenus des acteurs incontournables** pour les conventions de participation (sur le modèle des contrats collectifs du secteur privé).

Or, la circulaire d'application du 25 mars 2012 rappelait que les seuls contrats ou règlements éligibles étaient ceux proposés par un acteur d'une des trois « familles d'opérateurs d'assurance » ...

La présence historique de certains courtiers sur le marché du risque statutaire a sûrement facilité cette porosité.

Pour autant, cette interprétation du texte initial est-elle justifiée ?

Les services apportés par les courtiers, en supplément de leur expérience en tant que gestionnaire pourraient expliquer leur fréquente intervention.

Pourtant, la présence simultanée d'un courtier (mandataire) et d'un porteur de risque (organisme assureur) est-elle **profitable aux agents** de la collectivité ?

En dehors de frais supplémentaires (commission de courtage), ce binôme n'introduit-il pas un risque quant à la pérennité de la convention (rupture du groupement composé du courtier – mandataire – et de l'organisme assureur – porteur du risque -) ?

5. Les mutuelles communales : une réelle alternative ?

Les mutuelles communales, phénomène de mode ou solution pérenne pour les territoires ?

Depuis 2013, et la première complémentaire santé communale mise en place par la commune de Caumont-sur-Durance (4.700 administrés), les exemples se sont multipliés après les élections municipales de mars 2014. Le phénomène toucherait maintenant entre 1.750 et 2.000 communes. Le sujet a même été traité au niveau d'un département (Loiret Santé) avec comme objectif de « *renforcer l'accès aux soins, notamment pour les publics les plus fragiles car ils sont souvent exclus du système médical* ».

Certes, les objectifs et les modalités sont différents dans le cas de la mutuelle communale :

- ♦ **La population cible est différente** : les administrés et non uniquement les agents,
- ♦ **Les risques couverts** : la protection ne concerne que le risque santé, et n'intègre pas la prévoyance,
- ♦ **Les conditions de mise en œuvre** : la collectivité ne peut pas être souscripteur ni financeur.

Mais, cette initiative fait réfléchir les élus tant pour ses dimensions sociales (aide aux plus fragiles) et locales (proximité), que pour l'image qu'il peut offrir auprès des administrés.

Alors, sans traiter ici de la pérennité des équilibres financiers des contrats proposés dans le cadre des mutuelles communales (l'historique n'est pas encore suffisant pour permettre de juger), ces mutuelles pourraient entrer en concurrence avec les dispositifs prévus pour les agents en matière de PSC.

Par ailleurs, une telle mutuelle risque de mobiliser des ressources de la collectivité pour sa mise en place et son suivi, et modifier la priorité d'action définie par le Maire, venant ainsi perturber la mise en œuvre d'un autre dispositif dédié aux agents.

Mais, ces mutuelles ne répondent clairement pas à la question de l'aide de la collectivité territoriale pour les agents pour financer leur PSC.

PARTIE 4

ENSEIGNEMENTS SUR LE TERRAIN 10 ANS APRES LA LOI DE 2007

Si tout était positif, nous n'en parlerions pas !

Mais force est de constater que le sujet est complexe et sensible, sinon pourquoi :

- ♦ Le décret sur la FPH n'a toujours pas été publié ?
- ♦ Le bilan à 3 ans prévu dans le décret n° 2011-1474 (FPT) n'a pas été finalisé ?

1. Les procédures d'appel d'offre

Dans le cadre des consultations obligatoires (référencements et conventions de participation), plusieurs constats récurrents perturbent la pérennité des contrats résultants de :

1. Une concurrence accrue

L'ouverture à la concurrence n'a pas eu la même portée au sein des ministères et au sein des collectivités : lente et progressive dans le premier cas, frontale et brutale dans le second. Mais, on peut se poser la question de savoir si le résultat est bénéfique pour les utilisateurs finaux, les agents.

Dans le cas des collectivités, le **dumping** constaté sur certains contrats (voir les réévaluations demandées dès la première année du contrat en santé) est lié à la volonté de prise de part de marché de nouveaux entrants, mais aussi à l'absence de maturité de certaines collectivités non encore habituées à œuvrer pour leurs agents (et non plus pour leur propre compte).

Pour les ministères, l'étroitesse du marché (moins de 10 appels d'offre au total) et les liens historiques entre les acteurs n'ont pas encore permis une ouverture à la concurrence globale. Mais gageons que l'expérience acquise et la transformation du paysage mutualiste (constitution de groupe prudentiels trans-familles) générera une réelle ouverture à la concurrence lors de la troisième vague de référencement.

La possibilité de **désigner plusieurs organismes** peut être considérée comme positive car elle stimule la concurrence entre eux. Elle permet également aux fonctionnaires d'Etat de sélectionner eux-mêmes leur contrat parmi plusieurs offres.

Pourtant, une multidésignation trop large (cas de la Défense, par exemple), rend complexe le **choix des agents**. Ceci peut conduire à l'effet inverse (i.e. les pousser à sortir du dispositif pour souscrire un contrat non référencé, adhérer au contrat collectif de leur conjoint, voire ne pas se couvrir).

2. Un rejet du « conseil »

Les consultations devraient normalement permettre aux opérateurs de faire preuve de leur savoir-faire et de leur expérience. Or, les premières consultations ont conduit les opérateurs à éviter de formuler des remarques ou réserves, considérées à tort comme des refus d'engagement et non des conseils.

Cette pratique a conduit à conforter l'**absence de transparence** et à générer des difficultés pour la pérennité des contrats.

Certes, l'analyse des remarques formulées par les candidats est plus complexe, mais elle doit permettre de clarifier les engagements pris et construire une relation partenariale plus qu'une relation de force (inadaptée à ce type de dossier à temporalité longue) !

1. Les procédures d'appel d'offre

3. Une priorité aux prix bas

Dans le cas des collectivités, où l'ouverture à la concurrence a été réelle, le prix s'est révélé le principal critère de sélection, même lorsque sa pondération n'excédait pas 30%.

Les consignes du décret pour les critères de sélection, couplées à la technicité du sujet, ont bridé l'analyse d'autres critères majeurs (pérennité du contrat ou accompagnement des agents).

Le prix devenait alors un **critère de comparaison simple et facile** à présenter, quitte même à conduire à une déformation des garanties pour en baisser la valeur faciale (exemple de l'invalidité prise en charge à 60% alors que le statut et la CNRACL se basent sur un taux d'invalidité à 50%).

4. Une tendance au « toujours plus »

Les appels d'offre ont tendance à « pousser vers le haut » le niveau des garanties, au risque de proposer des contrats trop onéreux pour **être accessibles au plus grand nombre** (et bloquer ainsi l'équipement des agents).

Plusieurs causes, ou réflexes, sont à l'origine de cette pratique :

- ♦ **Le dumping** issu de la mise en concurrence, faisant croire que l'on peut toujours obtenir mieux sans risque (puisque l'« intérêt supérieur » permet de résilier le contrat si besoin),
- ♦ **Des courtiers** qui s'inspirent des habitudes d'augmentation des garanties constatées dans les contrats collectifs du privé (où il convient de rappeler que l'employeur finance au moins 50% des cotisations et que l'adhésion est obligatoire),
- ♦ Des organismes assureurs qui incitent (par le différentiel de tarif proposé) à privilégier **le niveau maximal de garantie**,
- ♦ La tendance naturelle des personnes à **souscrire le niveau maximal de garantie**. Pour exemple, lorsque 3 niveaux de garanties ont été proposés en santé, le niveau « socle » (ayant vocation à permettre l'accès au dispositif à tous les agents), a rarement été souscrit par plus de 7 à 8% des adhérents.

2. La mise en œuvre des contrats collectifs

Les contrats collectifs concernent 2 des 3 dispositifs de participation définis : les référencements pour l'Etat et les conventions pour les services publics locaux. Dans les 2 cas, l'adhésion **des agents est facultative**, ce qui nécessite :

- ♦ Un travail important de communication, **voire de pédagogie**, vers les agents pour les amener à adhérer. Or, ce travail doit être réalisé par l'organisme assureur retenu (de concert avec l'employeur) et reconduit annuellement (car les agents ont un engagement annuel),
- ♦ **Une action de pilotage régulier** du contrat pour éviter les à-coups qui pourraient inciter les agents à s'orienter vers d'autres garanties.

Pour le premier point, la trop rare place laissée à la PSC dans le dialogue social ne facilite pas **l'implication de l'employeur** dans le travail d'information vers les agents. Or, nous avons constaté un lien entre l'établissement d'un dialogue régulier et transparent avec les représentants du personnel et un taux de mutualisation du contrat dépassant les 70% (en prévoyance).

Pour le deuxième point, le sujet de la PSC reste encore trop souvent considéré comme « obscur » et « technique ». Dans les 2 fonctions publiques concernées, très peu d'équipes RH ont **établi dès le départ de** leur démarche un dispositif de pilotage.

L'adage « *pas de nouvelle, bonne nouvelle* » semble être bien ancré, mais les redressements tarifaires violents constatés sur quelques collectivités (en santé comme en prévoyance) ont conduit à la mise en place, a posteriori, de dispositifs de pilotage. Encore aujourd'hui, les consultations anticipant le pilotage pluri annuel restent largement minoritaires.

Pour être complet, il faudrait aussi évoquer une **absence de transparence** entretenue par les 2 protagonistes. L'employeur ne fait pas toujours l'effort de communiquer les données sur la matière assurable, l'organisme assureur ne fait pas l'effort de présenter et d'expliquer le fonctionnement du contrat. Chacun attend le plus tard possible, ce qui conduit à des redressements ou des résiliations à titre conservatoire (et des délais de décision incompatible avec le lancement d'une nouvelle consultation).

Cette absence de dialogue (tripartite, entre DRH, organisations syndicales et organisme assureur) conduit soit à une rupture du contrat et un changement d'interlocuteur pour les agents, soit à des augmentations drastiques des cotisations que l'employeur et les agents supportent conjointement. Il en résulte alors des coûts supplémentaires (nouvelle consultation, nouveau déploiement, cotisations réévaluées) mais aussi une **perte de confiance des agents**, dans l'employeur et/ou dans les représentants du personnel.

3. Un dispositif de labellisation détourné de son objectif initial

Sauf erreur, la labellisation était prévue pour offrir une solution « individuelle » aux agents des collectivités ne souhaitant pas mettre en place un contrat collectif « local » (i.e. basé sur les données de la population à couvrir). Dans cette logique, cela signifie que le contrat labellisé est assis sur une base de **mutualisation nationale**.

Or, dans la pratique, il s'avère que :

- ♦ Certains contrats « locaux » (construits à l'origine pour une collectivité) ont été labellisés sans **pour autant être réellement accessibles au niveau national**. La volonté de conserver un client historique a prévalu sur l'esprit du décret. Il a conduit à multiplier le nombre de contrats labellisés présents dans la liste fournie par la DGCL.

	Santé	Prévoyance	S & P
Nb de contrats labellisés	345	63	11

Après la suppression des contrats ayant un label expiré, les chiffres deviennent plus « raisonnables » :

	Santé	Prév	S & P
Nb de contrats labellisés	237	42	12
Nb d'organismes assureurs	132	20	7
Nb moyen de contrats/assureurs	1,80	2,10	1,71

Source : Liste des contrats et règlements « labellisés » - DGCL — mise à jour le 19 janvier 2018—Le nombre d'organismes assureurs tient compte des regroupements et fusions opérés ces dernières années

- ♦ **L'accès aux contrats labellisés est complexe pour les agents**. La labellisation devait permettre à l'agent de choisir son contrat (« libre choix »). Mais, la multiplication des contrats labellisés (voir tableau ci-joint, avec par exemple 237 contrats dans la liste DGCL pour le seul risque santé) et l'absence d'éléments consultables en direct par l'agent **rendent très complexe un choix** par l'agent.

À l'expérience, l'obtention d'un tarif nécessite que l'agent sollicite sa collectivité ou fournisse sa localisation, ce qui permet à l'organisme assureur contacté d'appliquer une tarification régionale (en santé, en fonction de la région, en prévoyance en fonction de la collectivité, sa taille, son historique, ...).

- ♦ **La solidarité intergénérationnelle a été complexe à obtenir** : par exemple, les contrats en prévoyance ont été difficilement accessibles (voire interdits, au début) pour les agents les plus âgés (entre 51 et 54 ans suivant les organismes assureurs).

4. Quels progrès pour les agents?

Plus de bénéficiaires d'une PSC?

Malgré plusieurs études, il n'existe pas ou peu de chiffres sur ce sujet, et encore moins sur la comparaison entre la situation avant 2007 et à ce jour.

Fonction publique territoriale

Parmi les rares chiffres disponibles (voir tableau ci-dessous), il semblerait que les dispositifs mis en place dans la FPT facilitent l'accès des agents à la PSC, et ce, dès les premières années. Mais cela ne permet pas d'estimer combien sont réellement équipés.

	Taux d'agents concernés par les dispositifs mis en place par leur collectivité	
	2013	2014
Santé	20%	48%
Prévoyance	28 %	63%

Source : enquête MNT citée dans le rapport « Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé » – IGAS – Avril 2016

Pour autant, d'après ce rapport de l'IGAS, « la proportion d'agents non couverts par le dispositif reste élevée, notamment dans les petites collectivités territoriales. L'écart est ainsi de un à six entre les collectivités de moins de cinq agents et celles de 250 agents et plus (dont 60% participent au financement de la PSC) ».

NB : l'ancienneté de ces chiffres ne permet pas de prendre en compte l'évolution induite par la mise en place de la complémentaire santé obligatoire pour les salariés du privé, qui a conduit dans de nombreux cas au remplacement d'une garantie par une autre.

Pour les deux autres versants de la fonction publique, nous manquons cruellement d'éléments chiffrés (les études sont essentiellement qualitatives) :

Fonction publique d'Etat

Selon une étude de l'IRDES¹³, le taux de couverture des fonctionnaires par une complémentaire santé est déjà très élevé, 97,8% en 2012, soit 2,5 à 3 points supérieur à celui de l'ensemble de la population. L'enjeu est moins celui d'une extension de la couverture que d'une amélioration de celle-ci. Or, si le dispositif de référencement couvre 7 agents sur 10, les travaux constatent une baisse du nombre d'adhérents entre 2011 et 2013 de -1,1% et des garanties très semblables aux contrats antérieurs et d'un niveau « moyen »¹⁴.

Fonction publique hospitalière

Le décret n'ayant pas été appliqué dans la FPH, cela n'a pas de sens de mesurer une évolution.

Peu d'études ont été réalisées sur le sujet et elles sont anciennes. La dernière en date, réalisée par l'IGAS-CGES en 2008¹⁵ indique que le dispositif des soins gratuits serait rarement appliqué dans les établissements médico-sociaux (moins de 5% des établissements). Dans le secteur sanitaire, 47.1% des établissements appliquent le dispositif des soins gratuits aux frais d'hospitalisation, 45.5% aux frais de consultations médicales et 37.1% aux produits pharmaceutiques.

4. Quels progrès pour les agents?

Plus de bénéficiaires d'une PSC?

Les différentes analyses tendraient à montrer que l'on ne constate pas de réelle augmentation du taux de couverture des agents depuis les décrets (à l'exception de la FPT pour la prévoyance).

Ce constat peut se comprendre au regard de **3 raisons principales** :

- ♦ La participation de l'employeur est **restée globalement stable** (à la seule différence notable de la FPT),
- ♦ Le sujet est **perçu comme complexe et technique**, et les acteurs RH s'en sont moyennement emparés,
- ♦ La complémentaire santé obligatoire pour les salariés du privé (loi de juin 2013) : tous les agents ayant un conjoint

dans le privé auront tendance à ne pas souscrire de contrats santé à leur niveau mais à **opter pour la même couverture que leur conjoint**.

Par ailleurs, **la promotion du prix** (critère le plus souvent mis en avant) a mis à mal la confiance des agents, soit dans leur mutuelle historique, soit dans leur nouvel organisme assureur (après des réévaluations violentes). Cela a conduit à considérer la PSC comme un produit de consommateur et non pas comme une garantie fondamentale.

Des agents mieux couverts ?

Encore un sujet pour lequel les chiffres manquent pour réaliser une comparaison. De plus, la complétude est une notion très relative : plus un agent est couvert, plus il souhaitera être couvert.

Pour autant, **2 constats** peuvent être posés :

- ♦ Les contrats collectifs et les appels d'offre associés ont conduit à **un renforcement des garanties en santé**,
- ♦ En revanche, **en prévoyance**, après des premières années très fortement influencées par le dumping réalisé suite à la publication du décret pour les territoriaux, **le principe de réalité s'impose**.

Le niveau de garantie baisse pour maintenir des risques assurables à des niveaux de cotisation supportable pour les agents.

Par exemple, la garantie « perte de retraite » a tendance à disparaître, voire basculer sous forme de capital (et non plus de rente). Le niveau d'indemnisation proposé usuellement pour l'incapacité se situe entre 90 et 95% (et heureusement, plus jamais 100%).

4. Quel progrès pour les agents ?

Une réelle prise en compte des retraités?

L'ensemble des textes est basé sur une logique de solidarité, dont la solidarité **inter-générationnelle**, avec une demande explicite pour le risque santé, d'intégrer les retraités.

Or, à l'usage, **2 constats** sont apparus :

- ♦ **La complexité de récupérer les informations exploitables** sur les retraités.

Pour les collectivités, l'IRCANTEC ne répond pas dans les temps aux sollicitations pour permettre aux collectivités territoriales de fournir les éléments liés aux retraités concernés lors des appels d'offre.

Pour les agents de l'Etat, le Service de Retraites de l'Etat ne semble pas encore en mesure de répondre aux sollicitations des acteurs référencés (au cours de la seconde vague de référencement) pour leur fournir les coordonnées des retraités des ministères,

- ♦ Lorsque les candidats présentent leurs offres, avec des tarifications plus ou moins avantageuses pour les retraités (tout en respectant le ratio imposé par le décret du 19 septembre 2007), **l'employeur et les représentants du personnel choisissent quasi systématiquement les offres privilégiant les actifs.**

La solidarité envers les retraités apparaît comme peu efficiente.

En pratique, les agents retraités sont rarement sollicités pour adhérer aux contrats retenus. Cette population a tendance à rester adhérente auprès des acteurs historiques, même si la mutuelle a perdu son référencement.

PARTIE 5

LES 12 PROPOSITIONS D'ADICEO

Des propositions pour permettre à chaque agent public de disposer d'une couverture adaptée, pour les deux risques, santé et prévoyance, à un prix supportable.

Au regard des constats réalisés, deux type d'approche nous semblent nécessaires pour répondre aux enjeux posés et aller plus loin :

- ♦ **Améliorer les dispositifs existants**
- ♦ **Changer les règles du jeu**

sachant, qu'au préalable, il convient de **poser la PSC comme un véritable enjeu RH !**

1. Un préalable : positionner la PSC au cœur des enjeux RH

Le sujet de la PSC ne peut plus être vu comme une obligation ou un sujet « technique ». Il concourt à l'efficacité du service public, avec des agents présents et en bonne santé.

PROPOSITION 1 : Les organisations syndicales et les DRH doivent s'emparer du sujet

« Cela n'arrive qu'aux autres ! » : les agents ne se sentent que rarement concernés par le sujet de la PSC, sauf lorsqu'un accident de la vie survient !

Ce constat est largement partagé et dépasse la frontière public/privé.

Certes, dans la fonction publique, ce sujet n'a que très rarement été une priorité. Pour cela, il suffit de voir le nombre de DRH qui maîtrise la mise en œuvre d'un contrat collectif, à la différence d'un employeur privé de taille équivalente. Cela doit changer, ne serait-ce parce que la gestion des agents, de leur qualité de vie au travail, de leur évolution, etc. devient un sujet majeur dans les 3 fonctions publiques.

Il devient primordial d'informer, ou de sensibiliser, les agents et, pour cela de former les acteurs en charge de la mise en œuvre du dispositif (RH employeurs, élus et organisations syndicales). Le sujet est en effet trop important pour le laisser uniquement aux seules mains des organismes assureurs ...



Thèmes de formation à aborder

Vers les agents, sensibilisation sur :

- * Enjeux d'une PSC : qu'est-ce ? quel est le périmètre réel et quels sont les acteurs ?
- * Choix d'une PSC : que faut-il regarder ? comment préserver son pouvoir d'achat tout en se protégeant sérieusement ? avance de frais vs risque réel ?
- * Importance de la prévention en santé
- * Solidarité et mutualisation : c'est l'affaire de tous !

Vers les acteurs qui définissent le dispositif (élus, DGS/DRH et OS) :

- * Enjeux de la PSC,
- * Intérêts d'une PSC pour la SQVT et le dialogue social au sein de l'entité,
- * Dispositifs possibles en fonction des moyens financiers et des priorités de l'entité,
- * Nécessité de travailler sur ce sujet à long terme et avec une vue plus globale (voir point suivant pour une approche plus globale),
- * Points d'attention pour éviter les conflits ou les mauvaises surprises : être transparent avec les candidats et les agents, se méfier des « moins distants », rechercher la pérennité de la relation avec le candidat retenu (et éviter l'utilisation de la clause d'« intérêt général »).

Vers les acteurs qui font vivre le dispositif :

- * Pilotage d'un contrat = besoin d'un équilibre financier, ne pas oublier que celui-ci dépend des dépenses réelles des agents (santé) et des arrêts (prévoyance),
- * Evolutions = résultat d'un dialogue social. C'est un sujet pour lequel le consensus est plus aisé, à condition de respecter le point précédent.

1. Un préalable : positionner la PSC au cœur des enjeux RH

PROPOSITION 2 : Dépasser la PSC pour penser plus globalement SQVT

Les évolutions sociétales ont fait exploser les limites des frontières personnelles et professionnelles, à tel point que les notions de « Santé Qualité de Vie au Travail » ou « Bien Être au travail » doivent être retenues et témoignent d'une attente qui dépasse le cadre strictement contractuel/statutaire.

La PSC est un besoin social, mais est aussi un outil qui vient en complément d'autres moyens visant à :

- ♦ **Rendre l'agent fier de son action pour augmenter sa motivation,**
- ♦ **Fournir à l'agent des conditions de travail satisfaisantes,**
- ♦ **Intégrer les obligations réglementaires** (comme celles des RPS) dans un ensemble plus vaste visant à optimiser la qualité de services rendus (aux administrés).

La PSC doit donc être intégrée comme une brique d'un dispositif plus global avec une logique de bénéfice mutuel (pour la collectivité et donc ses administrés, pour les agents). Elle est, par expérience, plutôt un « facilitateur » du dialogue social au regard d'autres sujets plus complexes (régime indemnitaire, temps de travail, fiches métiers/GPEC, etc.) et doit être **abordée conjointement avec la partie Action sociale**. C'est aussi un élément de rémunération indirecte qui peut être valorisé.

PROPOSITION 3 : Oser rebattre les cartes budgétaires

L'approche financière doit aussi être examinée globalement, et non plus comme des postes budgétaires séparés (action sociale, assurance, prévention, etc.).

Dans une période d'austérité budgétaire, cela nécessitera de revoir l'efficacité des différents postes budgétaires au regard des objectifs recherchés et des spécificités de chacun des employeurs.

Ce travail, fait conjointement entre les élus, la DRH et les représentants du personnel permettra de prioriser les actions vers les agents et leurs environnements (personnel et professionnel). Le pilotage des priorités sera ensuite un axe fort de la politique sociale envers les agents.



L'impact du montant de la participation varie suivant le risque

En santé, nous pouvons estimer qu'une participation inférieure à 15%-20% du montant de la cotisation (soit une participation inférieure à 10 € mensuel par agent) n'aura aucun impact sur le taux d'adhésion. En effet, la concurrence sur le marché génère des écarts de cotisation largement plus significatifs que ce montant...

En prévoyance, une participation financière limitée couplée à une forte communication de la part de l'employeur, permettra d'obtenir un taux d'adhésion significatif. L'explication est liée au coût de la garantie plus faible en prévoyance (surtout pour les rémunérations les plus basse, majoritaires dans la FPT et la FPH) et à une offre plus réduite sur le marché.

2. Améliorer les dispositifs existants



PROPOSITION 4 : Revoir la gestion de la participation financière de l'employeur public

2 constats mettent à mal une réelle dynamique, voire une concurrence saine au profit des agents :

- ♦ **L'enveloppe de participation de l'employeur n'est pas garantie** pour l'organisme assureur sur toute la durée de l'engagement réciproque (7 années). L'organisme assureur ne peut donc pas prendre des engagements tarifaires ou serviciels envers les agents, au risque de devoir les remettre en cause en cas de défaut de l'employeur,
- ♦ **Les agents des ministères n'ont aucune conscience** de la participation de leur employeur. La solidarité est ainsi mise à mal car l'agent est incité à rechercher ailleurs une couverture moins onéreuse ou plus importante, ou l'organisme assureur peut suggérer une autre garantie que celle référencée.

Il nous paraît donc nécessaire de :

- ♦ **Définir une participation par adhérent**, et non plus un montant lié à la mutualisation obtenue sur le contrat,
- ♦ **Communiquer le montant versé par l'employeur public** sur les bulletins de paie.



PROPOSITION 5 : Reposer un cadre cohérent pour la labellisation des contrats

Le dispositif de labellisation, qui était conçu sur la base d'une mutualisation du risque au niveau national, ne répond plus à cet objectif initial.

Il convient de revoir les consignes données aux organismes qui délivrent les labels et de fournir aux agents la possibilité de choisir leur contrat labellisé.

Cela doit passer par :

- ♦ Une réelle sélection des contrats : seuls les contrats **accessibles nationalement** devraient être en mesure d'obtenir le label, avec une réelle transparence sur la tarification (zonage, par exemple),
- ♦ Des contrats **réellement comparables**. Actuellement, les informations disponibles sur le site de la DGCL se limitent à une simple liste d'organismes assureurs et de noms de contrat. Avec plus de 200 contrats pour le risque santé, l'exercice de comparaison est impossible. En prévoyance, le nombre est plus réduit, mais les éléments de comparaison ne sont plus accessibles (sauf à contacter l'organisme en précisant sa collectivité). L'outil TERRISCOPE (Les Echos) est une ébauche de comparateur, mais encore trop rustique pour aider les agents à choisir réellement,
- ♦ Un respect de la solidarité intergénérationnelle, afin **d'éviter de reproduire l'inaccessibilité** des contrats en prévoyance aux agents les plus âgés.

2. Améliorer les dispositifs existants

FPE

PROPOSITION 6 : Repenser la construction du cahier des charges

FPT

Le cahier des charges est la base pour choisir l'organisme assureur. Il doit alors :

- ♦ **Etre adapté aux besoins des agents de l'entité** : il doit donc être co-construit avec les représentants du personnel,
- ♦ **Couvrir les risques définis, et non pas vouloir trop couvrir** : afin de faciliter l'accès au plus grand nombre, via une tarification ajustée, il est primordial de limiter ses ambitions. Ainsi, la santé doit être un complément à la prise en charge de la Sécurité Sociale et la prévoyance, un complément au Statut. Le fait de rajouter d'autres couvertures rendra le contrat trop onéreux,
- ♦ **Introduire une réelle solidarité entre les agents** (actifs et/ou retraités).

Quelques pistes de travail :

- ♦ **Constituer un groupe de travail** composé d'élus, d'opérationnels et de représentants du personnel,
- ♦ Réaliser un **bilan de l'existant** et questionner **les attentes des agents**,
- ♦ Valider la **finalité recherchée** avec la mise en œuvre de la nouvelle solution,
- ♦ **Scinder les 2 risques**, afin de s'assurer que chaque garantie construite réponde bien au risque et spécificités à couvrir ,
- ♦ **Limiter les options** (souvent sources de dérive, elles induisent anti-sélection ou démutualisation avec des révisions tarifaires successives).

FPE

PROPOSITION 7 : Enrichir les critères de sélection pour un choix raisonné

FPT

Les critères de sélection doivent permettre de choisir l'offre la **mieux disante**, et non systématiquement la moins disante, sans risque de contestation (recours). Or, force est de constater que l'exercice est complexe avec les préconisations portant sur les critères de sélection dans les décrets.

Pistes pour **éviter que le prix initial soit le critère incontournable** :

- ♦ **La solidarité est un prérequis dans le dispositif**. Exclure les offres présentées ne respectant pas les règles de solidarité (intergénérationnelle et familiale),
- ♦ **La mutualisation est primordiale pour un contrat collectif à adhésion facultative**. Disposer des moyens pour assurer une mutualisation optimale et la maintenir,
- ♦ **Des critères pour apprécier une solution pérenne**. Valider les engagements pris par les candidats pour préserver les intérêts des agents (stabilité, ou évolution raisonnable, des garanties et des cotisations, constance dans la qualité de services à l'adhérent, etc.) sur toute la durée de l'engagement,
- ♦ **Le suivi (ou pilotage) d'un contrat est un acte volontaire** pour en garantir sa pérennité. Mettre en place un suivi régulier ne se résumant pas à un point unique à mi contrat mais permettant de prendre les mesures d'ajustement nécessaires à temps et de nouer un dialogue de qualité entre les parties prenantes.

2. Améliorer les dispositifs existants



Le pilotage ne se décrète pas : il se construit avant même le début du contrat !

Lors de la préparation de la consultation, recherchez les critères de sélection et les garanties adaptées (évitez le « toujours plus », source classique d'une dérive, faites un diagnostic de l'existant sur votre territoire et un bilan des expériences passées).

Dans la consultation, jouez la transparence : la pérennité du contrat requiert la pérennité de la relation (et les agents vous remercieront car cela leur évitera les tracasseries administratives liées à un changement de gestionnaire), et le mieux est alors de « travailler en bonne intelligence ». Fini le jeu de cache-cache, affichez la réalité pour obtenir une tarification réelle qui pourra ainsi ne pas subir de redressements trop violents.

Après le choix, sans attendre, donnez les moyens à l'organisme (ou aux organismes) choisi(s) de déployer leur solution auprès des agents. Puis maintenez (réclamez) une action récurrente (annuellement) d'adhésion.

Dès les premiers jours de votre nouvelle relation partenariale (car c'est bien ainsi que la relation doit être considérée entre l'entité publique et l'organisme assureur – et non pas une relation client-fournisseur, puisque l'objectif est de fournir une garantie aux agents ... et non à l'entité publique ! -) construisez un pilotage régulier impliquant tous les acteurs concernés :

- * Dans l'entité publique : élus, direction des ressources humaines, organisations syndicales
- * Chez l'organisme assureur : porteur de risque et gestionnaire (au cas où ils sont différents)

FPE

FPT

PROPOSITION 8 : Garantir une démarche de pilotage coopérative

Dans le cas d'un référencement ou d'une convention de participation, le contrat établi entre l'employeur et l'organisme assureur **concerne en premier lieu les agents**. Sa stabilité doit se **construire dans la durée** afin d'éviter les « chocs » risquant de déstabiliser le contrat et générer un départ des agents (au risque pour ceux-ci de ne plus se couvrir).

Cette relation se construit sur la base du dialogue et de la transparence entre les acteurs qui définissent et suivent le contrat :

- ♦ **Dialogue** social, au sein de la collectivité, mais aussi **dialogue** avec l'organisme assureur,
- ♦ **Transparence** à toutes les étapes du contrat : en amont, lorsque la collectivité

transmet ses chiffres aux organismes assureurs candidats, au cours de la période contractuelle, lors de la présentation des comptes annuels pour identifier les sources de dérives.

Cela permet une **responsabilisation des acteurs** (assurés à titre personnel, acteurs internes de la fonction publique dans leur prise de responsabilités collégiales, employeurs et organismes assureurs dans la gestion pérenne conjointe du contrat) et la fin des réflexes destructeurs que sont les attitudes du type « tant que cela tient ... », « pas de nouvelle, bonne nouvelle », « s'ils augmentent, nous changeons » !

2. Améliorer les dispositifs existants



PROPOSITION 9 : Assurer la pérennité financière des contrats

Les contrats collectifs prévus ont une **difficulté intrinsèque** : ce sont des contrats à **adhésion facultative**. Le pilotage a pour objectif de pérenniser un contrat collectif en intégrant le caractère facultatif et annuel de l'adhésion et les variations de contexte.

Le pilotage doit permettre de :

- ♦ Obtenir une **mutualisation forte** dans un premier temps puis de la conserver pendant toute la durée du contrat,
- ♦ Analyser les causes des **éventuelles dérives** (identification par type de prestation, de population, d'évènement),
- ♦ Proposer des **solutions** pour y remédier directement par l'employeur (management, conditions de travail), avec l'appui de l'organisme assureur.

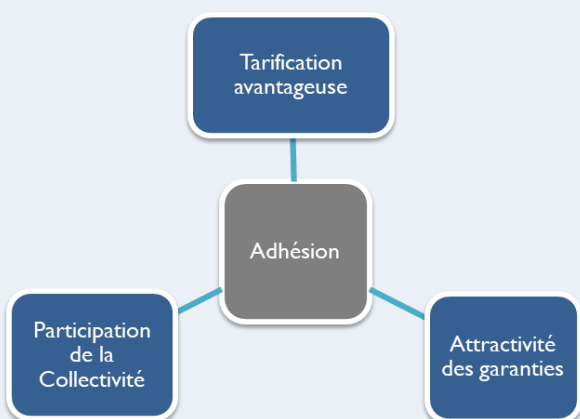
Pour limiter les augmentations de cotisation :

- ♦ Se concentrer sur les **garanties adaptées et nécessaires** (ce que nous sommes collectivement prêts à payer). Rappelons que les mutuelles santé disposent d'un fonds social pour intervenir dans le cas de certaines dépenses exceptionnelles.
- ♦ Mettre en œuvre des dispositifs permettant de **limiter les dépenses** :
 - * **Les réseaux de santé**, pour diminuer le coût des prestations en santé,
 - * **L'aide au retour à l'emploi**, pour éviter l'isolement de l'agent en arrêt et faciliter son retour (action d'un tiers),
- ♦ Appliquer des dispositifs permettant de récupérer des financements, comme par exemple **le recours tiers payeur** (récupération de sommes auprès de l'assureur de la personne responsable, qui viendront en déduction des prestations versées par l'assureur du contrat).

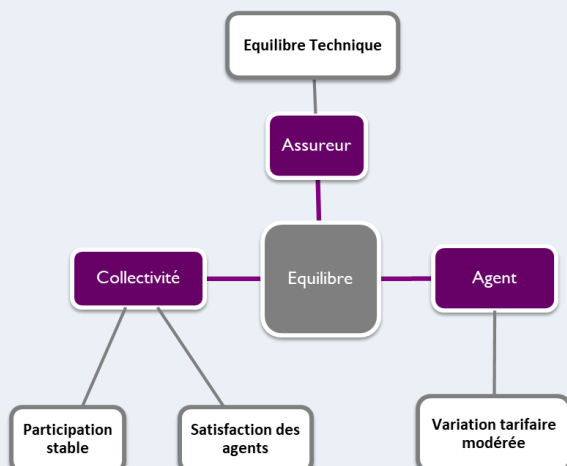


Comment gérer la pérennité ?

Pour l'obtenir : la mutualisation



Pour la maintenir : le pilotage à l'équilibre



2. Améliorer les dispositifs existants

FPE

PROPOSITION 10 : Clarifier l'ambition pour les retraités

FPT

Le cadre juridique impose, dans la FPE et la FPT, de prendre en compte les retraités. Pour autant, l'employeur public ne peut plus participer financièrement à la PSC pour les retraités. En cas de contrat collectif, il doit faire un arbitrage dans son choix.

Force est de constater que l'arbitrage est systématiquement fait au profit **des agents actifs** lorsqu'il est demandé de choisir une structure de tarification des garanties santé. Cela permet de conserver des tarifs compétitifs par rapport à l'offre individuelle existante pour les actifs. Cela favorise ainsi l'adhésion au contrat collectif mis en place par l'employeur, sans augmenter notablement la participation.

Cette question est cruciale pour toutes les mutuelles « historiques » (dont le portefeuille d'adhérents comporte une part significative de retraités, à la différence des nouveaux entrants).

La solidarité envers les retraités ne devrait pas être traitée contrat par contrat, mais devrait plutôt **faire l'objet d'un traitement national** (péréquation ou dispositif de caisse de solidarité).

PROPOSITION 11 : Se donner réellement les moyens d'atteindre les retraités

FPE

FPT

Si l'idée d'intégrer les retraités dans les contrats collectifs à adhésion facultative (référencement et convention de participation en santé) est maintenue, il conviendrait de travailler prioritairement sur les moyens d'atteindre les 2,8 millions de pensionnés des trois versants de la fonction publique pour leur proposer une (nouvelle) offre.

Ceci conduirait à **imposer à certains acteurs de revoir leurs processus d'accompagnement** : IRCANTEC, pour les collectivités en amont des consultations, le Service de Retraites de l'Etat, pour les acteurs référencés dans le cas de la FPE.

3. Changer les règles du jeu

Ne faut-il pas sortir du cadre actuel ?

Les dispositifs mis en œuvre proviennent de la suppression de l'arrêté Chazelle. Ils ont donc été **conçus pour répondre à l'interdiction de verser** une aide publique sans recourir à une mise en concurrence.

Ainsi, la réglementation prévoit un dispositif si l'employeur souhaite verser une participation financière pour aider ses agents à obtenir une PSC. Elle ne traite, en aucune manière, de la structuration d'un **dispositif global de PSC** pour les agents publics.

En matière de PSC, les **écarts** sont notables entre les 3 fonctions publiques, et même au sein de chacune des 3 fonctions publiques. Quand l'employeur public ne participe pas au financement, il n'existe pas de dispositif minimal en matière de PSC pour les agents publics.

Au final, en raison du caractère facultatif, **les trois schémas proposés** (référencement, convention de participation ou labellisation) aboutissent tous, in fine, **à une approche individuelle**.

Certes, 2 dispositifs sont dits collectifs, mais à adhésion facultative. Cela signifie que les opérateurs retenus (unique dans le cadre d'une convention de participation, multiples – de plus en plus – dans le cadre d'un référencement) doivent faire adhérer (parfois avec l'aide des équipes Ressources Humaines de l'employeur) les agents un par un. Et ces derniers peuvent résilier leur contrat annuellement, exactement comme tout contrat.

La seule vraie différence entre la labellisation et les deux autres dispositifs est la **capacité de l'employeur à « piloter » le contrat** mis en place et ainsi, agir (de concert avec les organisations syndicales et l'organisme assureur) sur l'évolution des garanties et des cotisations pour ses agents.

La mise en place d'un **dispositif obligatoire de PSC** impliquerait que l'employeur public participe au financement de façon significative (rappelons qu'elle est de 50% minimum du montant de la cotisation pour la santé obligatoire pour tous les salariés du privé).

3. Changer les règles du jeu

PROPOSITION 12 : Repenser le cadre /

Pour résumer

1. Sortir du modèle facultatif

Depuis plusieurs années, certains réclament une PSC « obligatoire » sur le modèle déployé dans le secteur privé pour de nombreuses branches en prévoyance et pour la santé depuis la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Certes, cela changerait totalement l'approche assurantielle, mais obligerait :

- ♦ L'ensemble de la fonction publique à garantir un **minimum de financement pour tous** (complexe au regard des pratiques imposées pour privé et les contraintes budgétaires actuelles),
- ♦ Les organisations syndicales et la DRH à en faire un **réel sujet d'échanges**,

avec, par ailleurs, le risque de « pousser à la consommation » et par voie de conséquence à un souci d'accessibilité, tous les agents n'ayant même pas encore conscience de l'importance d'une couverture en prévoyance...

La marche étant pour le moment trop haute, en particulier sur la partie financement pour toutes les composantes de la fonction publique, ne serait-il pas envisageable de poser les premiers jalons en commençant pas **l'obligation de parler du sujet** (sensibilisation des agents), **d'en débattre** avec les représentants du personnel (point annuel obligatoire en Comité Technique) et **d'acter la position** de l'employeur (délibération).

2. Prioriser l'efficience

La participation est un acte volontaire de la part de l'employeur. Il nous semble important qu'il puisse alors **en mesurer les bénéfices pour son entité**. Il faut donc pouvoir piloter les effets produits sur les équipes et leur fonctionnement, ou en utilisant une terminologie professionnelle, sur les conditions de travail des agents.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la PSC est un des moyens visant à garantir une santé et une qualité de vie au travail. Mais, l'employeur ne dispose pas des mêmes capacités d'actions sur les deux composantes de la PSC :

- ♦ En santé, l'employeur n'a pas la main sur les fondamentaux de prise en charge (fixés par la SS), ni sur les acteurs (professionnels de santé, établissements, etc.). Il n'a donc pas de **réel effet de levier** sur les cotisations et sur l'impact des soins, et des cotisations,
- ♦ En prévoyance, l'employeur peut **agir sur les conditions de travail** et c'est même une obligation (offrir à ses agents des conditions satisfaisantes et propices à la réalisation de leurs missions).

Il nous paraît donc primordial qu'en cas de limitation des possibilités financières d'un employeur public, celui-ci **privilégie le risque prévoyance** en lien avec une politique active en matière de SQVT.

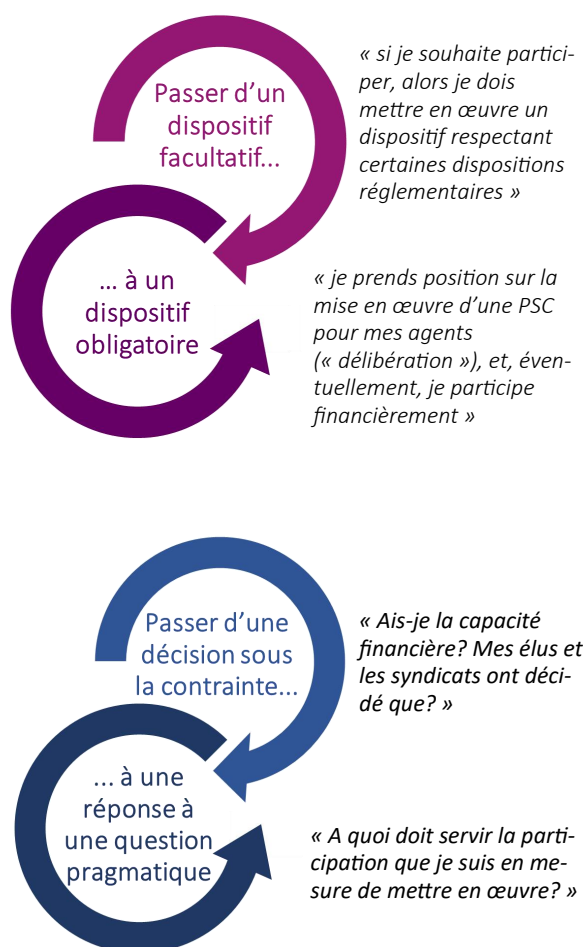
3. Changer les règles du jeu

PROPOSITION 12 : Repenser le cadre /

Pour conclure

2 axes structurant pour changer l'approche

Pour améliorer l'accès à une PSC pour tous les agents des 3 versants de la fonction publique, en l'absence d'un financement significatif et homogène pour toutes les composantes et entités de la fonction publique, il **faut poser la problématique autrement** :



Modalités opérationnelles

Pour obtenir **une solution « individuelle »**, mais **compréhensible et maîtrisée** pour les agents des 3 fonctions publiques **répartis sur l'ensemble du territoire**, 4 conditions s'imposent :

- * L'offre est **nationale et non locale**, pour éviter les questions d'anti-sélection et de taille minimale, afin de partager le risque (solidarité),
- * Un **minimum de garantie est exigible** (panier de soins ou niveau de couverture incapacité, par exemple), pour tous, en faisant bien attention à limiter les garanties pour conserver une accessibilité financière pour le plus grand nombre,
- * Le nombre d'offre proposée doit être réduit (une dizaine) et les caractéristiques de celles-ci **publiées** (et comparables), afin de permettre aux agents de réaliser eux-mêmes un choix,
- * Le dispositif de sélection des offres doit faire l'objet d'une **consultation publique**, afin de permettre ensuite aux employeurs publics de participer financièrement à l'acquisition de ces nouvelles garanties par leurs agents.



REGARDS CROISES DE L'ACTUAIRE ET DU JURISTE

Regard de l'actuaire



AUTEUR

Mylène Favre-Béguet, associée au sein du Cabinet GALEA & Associés

GALEA & Associés est un cabinet d'Actuaires Conseil. Il accompagne les entreprises et les organismes d'assurances dans leur gestion des risques et le suivi des régimes de protection sociale (prévoyance, frais de santé, retraite et épargne salariale).

UN DÉCALAGE ENTRE LA PERCEPTION DU RISQUE ET SA RÉALITÉ : QUELLES COUVERTURES PRIVILÉGIER POUR UNE RÉELLE PROTECTION ?

SANTÉ : La souscription d'une complémentaire santé, dont ils ont une utilisation plus fréquente, semble naturelle pour les agents quel que soit leur âge. Le facteur déterminant pour le choix de la couverture sera, dans la majorité des cas, le niveau des prestations sur des actes de soins qu'ils connaissent et notamment l'optique qui apparaît à l'assuré comme un risque fort du fait de sa fréquence et des restes à charge qui peuvent s'avérer élevés. D'un point de vue assurantiel, la lecture est toute autre : le risque « lourd » de la complémentaire santé est l'hospitalisation. Si on peut anticiper un besoin de renouvellement d'équipement optique et prévoir en amont son financement pour faire face à l'éventuel reste à charge et recourir aux réseaux de soins pour réduire significativement la dépense, il n'en est rien de l'hospitalisation. Sur ce poste, le reste à charge pourra s'avérer beaucoup plus important qu'en optique et ne peut pas, dans la majorité des cas, être anticipé. Une intervention lourde pourra ainsi créer de fortes difficultés financières du fait des dépassements d'honoraires de certains praticiens... ou contraindre l'assuré à renoncer à un praticien pour privilégier celui qui pratiquera peu ou pas de dépassements.

Il est donc primordial de privilégier, dans une couverture santé négociée par l'employeur, la couverture du risque Hospitalisation.

PREVOYANCE : Les agents sont généralement peu sensibilisés à la nécessité d'une couverture prévoyance (décès / incapacité / invalidité) et ils n'en mesurent pas l'intérêt, notamment lorsqu'ils sont jeunes : le maintien de revenus prévu en cas d'arrêt de travail leur apparaît souvent suffisant pour des risques peu fréquents et pour lesquels ils ne se sentent pas concernés. Un accident peut pourtant conduire à un arrêt long, voire une invalidité même aux jeunes âges... Pour les plus âgés, la couverture en cas de décès est souvent privilégiée et le choix se porte très majoritairement sur des garanties en capital.

D'un point de vue assurantiel, les risques Prévoyance sont considérés comme des risques « lourds » puisqu'ils peuvent conduire à des situations de précarité importante notamment en cas d'arrêt de travail long ou d'invalidité : au moment du passage à demi-traitement ou en invalidité, comment faire face aux charges mensuelles (loyer, vie quotidienne, autre) avec une perte de revenu de 50% ? En cas de décès, les assurances emprunteurs financeront les capitaux restant dûs d'un emprunt, cette charge ne pèsera donc pas sur les ayants-droit. En revanche, un conjoint survivant devra financer les études des enfants et/ou, selon sa situation, assumer les charges quotidiennes dans l'attente d'un retour à l'emploi : sera-t-il en capacité d'optimiser la gestion d'un capital pour faire face à ces frais pouvant s'étaler sur plusieurs années ?

Regard de l'actuaire

Les couvertures collectives négociées par l'employeur peuvent présenter de nombreux avantages :

- ♦ Une meilleure mutualisation des risques et par suite :
 - * La possibilité d'intégrer des garanties plus complètes (invalidité / perte de retraite / garanties décès en rente)
 - * Une réduction des coûts, notamment pour les agents les plus âgés via l'introduction d'une solidarité intergénérationnelle
- ♦ Une pérennité des dispositifs via un pilotage des équilibres financiers (établissement annuel des comptes, mise en œuvre d'actions spécifiques en cas de dérive de sinistralité)

Lorsque l'employeur cherche à mettre en œuvre une véritable protection de ses salariés il doit donc avant tout privilégier la prévoyance. Plus spécifiquement, si les budgets alloués au dispositif permettent de limiter significativement l'effort financier des agents, la couverture du risque Invalidité / perte de retraite et l'intégration de garanties sous forme de rentes (éducation notamment) doivent être étudiées.

DEPENDANCE : Différents dispositifs d'aides financières et de services existent. Au-delà de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) à domicile ou en établissement, attribuée par les conseils départementaux sous conditions à toute personne de plus de 60 ans, la CNRACL (FPT et FPH) met à disposition de ses affiliés des aides (amélioration et adaptation de l'habitat, aide-ménagère à domicile, aide au financement d'un hébergement en maison de retraite) mais elles concernent l'ensemble des retraités et le bien vieillir plutôt que la dépendance au sens strict.

Le SRE (service des retraites de l'Etat) et la RAFP (Retraite additionnelle de la fonction publique) ne proposent pas ce type d'aide. Toutefois l'Etat a mis en place « l'aide au maintien à domicile », prestation interministérielle qui s'inscrit dans le cadre de l'action sociale au bénéfice des agents de l'Etat et a pour but de favoriser le maintien à domicile des fonctionnaires et ouvriers retraités de l'Etat et de prévenir leur perte d'autonomie.

Les dispositifs existants sont ainsi hétérogènes. Pour pallier ce déficit de couverture, des garanties dépendance ont progressivement été intégrées dans certaines offres prévoyance ou santé à destination des agents : un socle de base couvrant en général uniquement la dépendance totale est prévue dans les contrats, libre au fonctionnaire de souscrire à titre facultatif un renfort avec des niveaux de garanties plus élevés et/ou de la dépendance partielle.

Mais ces couvertures ne concernent pas l'ensemble des agents de la fonction publique et peuvent s'avérer insuffisantes. La dépendance partielle n'est en effet pas intégrée dans les offres de base et les niveaux assurés peuvent s'avérer très nettement inférieurs aux coûts de la dépendance, la rente mensuelle proposée pouvant varier selon le contrat de 120 € à 300 € par mois maximum.

Quelques chiffres :

A titre d'exemple, le coût moyen de la dépendance en Etablissement spécialisé est de l'ordre de 2 500 à 2 900 € / mois mais peut atteindre 5.000 € (avant aides sociales et déductions d'impôt). Le reste à charge moyen d'un résident est de l'ordre de 2 000 € à 2 500 € / mois après APA alors que la retraite moyenne est de l'ordre de 1 200 € à 1 500 € pour la FPT et FPH...

Pour faire face à ces coûts et aux déficits de couverture, de nombreux produits dépendance à souscription individuelle ont été développés par les organismes assureurs. **Ces couvertures résultent d'une démarche individuelle d'assurance, sont soumises à formalités médicales et ne permettent pas une mutualisation du risque ou des tarifs.** Au-delà des tarifs parfois élevés qui peuvent être un frein à la souscription, certains assureurs préfèrent limiter la souscription de ce type de contrats compte tenu du niveau de besoin de solvabilité qu'ils génèrent au regard des normes Solvabilité 2 et de la difficulté de disposer d'une vision de l'évolution de ce risque de si long terme, l'âge de la dépendance (en moyenne vers 80 ans) survenant de manière très éloignée de l'âge de la souscription.

galea&associés
actuariers conseil

Regard du juriste



AUTEUR

Florian Mokhtar, avocat, associé au sein du Cabinet D4 Avocats Associés

D4 Avocats Associés est un cabinet dédié à toutes les branches du droit public qui entend répondre aux besoins des collectivités territoriales, administrations publiques, entreprises et particuliers, tant en conseil qu'en contentieux.

AVIS SUR LE RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRES DES AGENTS PUBLICS

La loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique a introduit un nouveau régime de protection sociale complémentaire des agents publics.

La réforme des conditions de participation des employeurs publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents était nécessaire depuis l'abrogation de l'arrêté Chazelle dont la fin a été précipitée par les décisions du Conseil d'Etat et de la Commission européenne, laquelle a strictement contrôlé l'Etat dans la création des nouveaux dispositifs.

Il en résulte une conséquence : toute réflexion sur le régime de participation des employeurs publics aux garanties de protection sociale complémentaire auxquelles leurs agents souscrivent doit donc tenir compte de l'analyse de la Commission qui a considéré que cette participation constituait une aide d'État mais a accepté de la regarder comme légale en l'inscrivant dans le champ d'application de l'article 107 2 a) du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne autorisant les aides à caractère social octroyées aux consommateurs individuels dès lors qu'elles sont accordées sans discrimination.

Les exigences inhérentes à ce choix ont impacté les mécanismes mis en place : mise en concurrence ou mécanisme de labellisation (uniquement pour la fonction publique territoriale) permettant de vérifier le respect de conditions de solidarité et d'ouvrir à tous l'accès à la participation de l'employeur public.

Si une modification des bases ayant servi à la construction de ces dispositifs ne paraît pas envisageable, il reste possible d'améliorer sensiblement les dispositifs existants.

Le principal écueil que l'on peut constater réside dans la méconnaissance et/ou le désintérêt par les employeurs publics des mécanismes de protection sociale complémentaire. Cette situation ne leur permet pas de construire, avec les outils disponibles, un régime adapté aux besoins de leurs agents.

Regard du juriste

Il en résulte :

- ◆ Une mauvaise définition des besoins qui implique une mauvaise définition des garanties ;
Or, les garanties sont au cœur de la mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire.
- ◆ Lorsqu'une procédure de mise en concurrence est utilisée, la mauvaise utilisation des critères de choix ;
De ce point de vue, l'utilisation qui est faite du critère prix méconnaît la spécificité des contrats d'assurance et ne rend pas compte de l'absolue nécessité de conserver au régime de protection sociale complémentaire son équilibre;
- ◆ Dans la FPT, l'absence de choix stratégique entre les deux dispositifs proposés (convention de participation ou labellisation) ;
- ◆ L'absence de suivi du contrat ;
- ◆ Une méconnaissance des spécificités liés au droit des assurances applicables aux contrats conclus et notamment des dispositions de l'article L 113-4 du code des assurances permettant à l'opérateur, en cas d'aggravation du risque en cours de contrat soit d'augmenter les primes soit de résilier le contrat. Le préavis de résiliation est évidemment incompatible avec une remise en concurrence ce qui place l'employeur en situation de ne pouvoir refuser l'augmentation de la prime.

Ceci étant, les dispositifs existants pèchent, également, par certaines insuffisances ou imprécisions qui nuisent à leur mise en œuvre :

- ◆ Absence de dispositions sur la possibilité pour des employeurs publics de se grouper pour conclure ensemble une convention de référencement ou de participation, hors hypothèse de l'intervention du centre de gestion (pour les collectivités territoriales) ;
- ◆ Absence d'encadrement par le dispositif FPT du rôle des Centres de Gestion (modification du groupe en cours de contrat, absence de fixation du montant de la participation en amont de la procédure de mise en concurrence, etc.).
- ◆ Absence de précisions sur les conditions de fixation de la participation (niveau fixe pour la durée du contrat / possibilité d'évolution chaque année)
- ◆ Non-sens de l'exigence de solidarité entre actifs et retraités s'agissant du risque prévoyance ;
- ◆ Absence de prise en compte des modifications structurelles affectant les employeurs publics (rapprochements, fusions de collectivités ou d'établissements publics, etc.) et impact sur le respect du principe d'égalité entre les agents ;
- ◆ La participation de l'employeur Etat est limitée aux niveau des transferts de solidarité auxquels les opérateurs ont procédé. Cette limite n'existe pas pour les collectivités ;

Une modification de ces régimes pourrait donc permettre de résoudre de nombreuses questions en rétablissant, dans une certaine mesure, la transparence et l'égalité de traitement dans l'intérêt des agents et du régime de protection sociale complémentaire mis en place.

Ceci étant, la question essentielle demeure celle de la volonté des employeurs publics de faire bénéficier leurs agents de garanties de PSC et de participer effectivement à celles-ci ce d'autant plus dans un contexte de généralisation de la couverture complémentaire

Lexique

ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Agirc et Arrco : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés et Association pour le régime de retraite complémentaire des cadres salariés

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ASP : Agence de services et de paiement

CCAS / CIAS : Centre communal d'action sociale / Centre intercommunal d'action sociale

CCN : Convention collective nationale

CDG : Centre de gestion

CGES : Conseil général des établissements de santé

CGOS : Comité de gestion des œuvres sociales

CNRA : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales

CSFPT : Conseil supérieur de la fonction publique territoriale

DGAC : Direction générale de l'aviation civile

DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique

DGCL : Direction générale des collectivités locales

FAM : FranceAgrimer, établissement national des produits de l'agriculture et de la mer

FPE : Fonction publique d'Etat

FPH : Fonction publique hospitalière

FPT : Fonction publique territoriale

GPEC : Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences

IFCE : Institut français du cheval et de l'équitation (établissement public à caractère administratif)

IGAS, IGF et IGA : Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des finances et Inspection générale de l'administration

Lexique

INAO : Institut national de l'origine et de la qualité

IRCANTEC : Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IRSTEA : Institut national de recherche en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture

MAEDI : ministère des Affaires Etrangères et du Développement International

MAAF : Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt

MEN : Ministère de l'Education Nationale

OCIRP : Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance

ODEADOM : Office du développement de l'économie agricole des départements d'outre-mer

ONF : Office national des forêts

Préfon : Caisse nationale de prévoyance de la fonction publique (association loi 1901)

PSC : Protection sociale complémentaire

RAFP : Retraite additionnelle de la fonction publique

RPS : Risques psychosociaux

SRE : Service des retraites de l'Etat

SQVT : Santé et qualité de vie au travail

Références

¹ Suppression du RSI au 1er janvier 2018

² Article 20 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (dite loi Le Pors) : « Les fonctionnaires sont affiliés à des régimes spéciaux de retraite et de sécurité sociale. »

Article L 712-1 du Code de la sécurité sociale : « Les fonctionnaires en activité, soumis au statut général bénéficient, dans le cas de maladie, maternité, invalidité et décès, de prestations au moins égales à celles qui résultent de la législation relative au régime général de sécurité sociale. »

³ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (loi Le Pors) ; Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique de l'État ; Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ; Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière

⁴ Absence de jours de carence et indemnités journalières versées à l'agent public sur la base du traitement brut indiciaire. Pour le salarié soumis au régime général, les indemnités journalières (IJ) sont versées à partir du 4ème jour d'absence et correspondent à 50% du salaire dans la limite d'1,8 fois le SMIC.

⁵ Arrêt Chazelle du 19 septembre 1962 et article R 523-2 du code de la mutualité remis en cause par :

◇ La décision de la Commission européenne du 20 juillet 2005 portant mesures utiles, affaire E 21/2004 qui remet en cause les aides financières aux mutuelles, au nom du principe de la concurrence libre et non faussées

◇ La décision du Conseil d'Etat, 25 septembre 2005, MGSP, req. n°262.282

◇ Le décret n°2006-689 du 13 juin 2006 portant modification du code de la mutualité : abrogation de l'arrêté Chazelle

◇ Les décisions de la commission européenne du 30 mai 2007 (C(2007) 2198 final) et du 23 février 2011 (C (2011) 1008 final) valident les projets de décret relatifs à la participation de l'Etat et des collectivités territoriales à la PSC de leurs agents.

⁶ Les personnes publiques mentionnées à l'article 2 peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent. La participation des personnes publiques est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités. »

Références

- ⁷ 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
- ⁸ Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la PSC de leurs agents, accompagné de 4 arrêtés (décret du 5 juillet 2010 pour les agents militaires)
- ⁹ Référé de la Cour des Comptes sur la Protection sociale des agents de l'Etat du 21 février 2012
- ¹⁰ Circulaire du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire dans la fonction publique d'Etat
- ¹¹ Adéis — « Etude sur les régimes prévoyance et santé des branches professionnelles » réalisée par le groupement assurantiel en partenariat avec un cabinet de conseil, Janvier 2018.
- ¹² DGCL - « Les Collectivités Locales en chiffres » juin 2017
- ¹³ IRDES - « La couverture des fonctionnaires par la complémentaire santé - exploitation de l'enquête ESPS 2012 » - mars 2015
- ¹⁴ Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé – IGAS — Avril 2016
- ¹⁵ Résultats de l'enquête IGAS-CGES suite au questionnaire « Mutuelle » du Ministère de la santé qui a été envoyée à certains établissements – 2008

Bibliographie

CNFPT (2017) *Baromètre HORIZONS 2017*

Cour des Comptes (2012) - *Référé de la Cour des Comptes sur la protection complémentaire des agents de l'Etat* - Lettre n°62 386 du 21 février 2012

CSFPT (2017) *Les effets du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 sur l'accès à la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique territoriale* - Rapport établi par Daniel LEROY

CSFPT (2016) *Demain, la fonction publique territoriale* - Rapport établi par Philippe LAURENT

DGAFP (2017) *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique - Faits et chiffres*

DGAFP (2017) *Groupe de travail Protection sociale complémentaire (DGAFP/PS2)* - support du jeudi 9 mars 2017

DGCL (2018) *Liste des contrats et règlements « labellisés » au titre de la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents (décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011)*

IGAS (2016) *Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé* - Rapport établi par Anne BRUANT-BISSON et Marie DAUDE

IGAS-CGES (2008) *Résultats de l'enquête IGAS-CGES suite au questionnaire « Mutuelle » du Ministère de la santé qui a été envoyé à certains établissements*

IRDES (2015) *La couverture des fonctionnaires par la complémentaire santé - exploitation de l'enquête ESPS 2012*

MFP (2014) *Quels défis pour la protection sociale des agents publics? - Les actes du colloque du 13 février 2014*

MNT (2017) *Enquête sur la protection sociale auprès des décideurs des collectivités territoriales — Sondage IFOP pour la MNT réalisé en octobre 2017*

MNT (2014) *La participation au financement de la protection sociale des agents - 3èmes rencontres nationales protection sociale du 30 septembre 2014 - Etudes GMV Conseil pour la MNT*

MNT (2010) *Enquête sur la protection sociale auprès de 401 décideurs des collectivités locales - Sondage IFOP pour la MNT réalisé en octobre 2010*

Bibliographie - ADICEO

Séminaires

Séminaire du 19 septembre 2017, *Les enjeux du pilotage des conventions de participation*.

Séminaire du 20 Janvier 2015, *Les conventions de participation : après les appels d'offres contraints, le pilotage choisi !*

Séminaire du 13 décembre 2012, *Décret 2011-1474 : Bilan après la première année ...*

Articles de presse

« Protection sociale complémentaire dans la fonction publique : interview de Bruno de la Porte, Président d'ADICEO », Protection Sociale Informations n° 1111, 28 février 2018

« Santé : les collectivités locales se convertissent au pilotage », Protection Sociale Informations n°1093, 8 octobre 2017

« FPT : 1ers résultats déficitaires », Protection Sociale Informations n°962, 28 janvier 2015

« Des offres labellisées peu transparentes », Protection Sociale Informations n°863, 9 janvier 2013
Territoriaux, le dumping tarifaire inquiète, Protection Sociale Informations, n°863, 9 janvier 2013

« Protection sociale complémentaire des fonctionnaires territoriaux : 3 mises en garde », La Gazette des Communes, 4 janvier 2013



POUR NOUS CONTACTER :

Bruno de la Porte - Président

bdelaporte@adiceo.com 

Muriel Larue - Directrice

mlarue@adiceo.com 



24, rue d'Athènes - 75009 PARIS
01.73.54.58.88



www.adiceo.com



[@ADICEO DIGITAL](https://twitter.com/ADICEO_DIGITAL)