

P. 2

Éditorial

P. 3

Protection sociale complémentaire :

P. 22

Pouvoir d'achat :

LA NOUVELLE

TRIBUNE

FGF
FO

Fédération Générale des Fonctionnaires FORCE OUVRIÈRE - www.fo-fonctionnaires.fr - contact@fo-fonctionnaires.fr



PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DES AGENTS PUBLICS

N° 427 / MARS 2021

La santé a un prix !

Christian GROLIER
Secrétaire général Fédération
Générale des Fonctionnaires



La Loi de Transformation de la Fonction publique, publiée en août 2019, contre laquelle FO s'était exprimée continue de produire ses effets.

2021 est l'année de mise en œuvre de deux ordonnances liées à cette Loi, celle sur la négociation collective et celle sur la protection sociale complémentaire (PSC). Ce journal est consacré à la PSC enjeu majeur dont l'objet est d'améliorer la prise en charge de tous les agents publics.

La FGF-FO a toujours défendu un remboursement de haut niveau par la sécurité sociale et le financement de celle-ci par le biais des cotisations salariales et patronales. Nous continuons nos revendications dans ce sens.

Cependant, depuis le début de ce quinquennat, le Président Macron et ses gouvernements ont modifié profondément le financement de la protection sociale en supprimant les cotisations assurance-maladie des salariés et, en contrepartie, en augmentant la CSG (contribution sociale généralisée) qui n'est plus une cotisation mais un impôt.

La modification du mode de financement ne peut que nous inquiéter. Les restrictions budgétaires permanentes et la part grandissante de nos concitoyens contestant les augmentations d'impôts font craindre de futurs déremboursements de la sécurité sociale et un reste à charge plus important pour les salariés et agents publics. La complémentaire santé devenant de fait quasi incontournable pour pouvoir se soigner correctement.

C'est en ayant ce constat à l'esprit que la FGF-FO a abordé l'ordonnance PSC lors des débats au Conseil Commun de la Fonction Publique. Forte d'un mandat du Bureau Fédéral, la FGF-FO a exigé des garanties précises pour les négociations à venir :

- Une discussion englobant la santé et la prévoyance ;
- La prise en compte de tous les agents de la fonction publique, fonctionnaires et contractuels ;
- Le lien intergénérationnel indissociable pour les actifs et les retraités,
- La portabilité des droits
- Une participation employeur forte et non symbolique comme c'est le cas aujourd'hui.

Nous avons fait des amendements au projet d'ordonnance présenté au CCFP le 18 janvier, les plus importants d'entre eux ayant été retenus par la Ministre, nous avons voté pour ce texte.

Nos amendements ont permis de garantir, dans la Loi, des grands principes qui vont maintenant servir de socle aux futures négociations. Pour autant, il est évident que cela ne préjuge en rien d'un éventuel accord au final.

Ce dossier extrêmement technique est important pour la santé des agents. La FGF-FO prendra toute sa place dans les discussions interministérielles à venir et mettra tout en œuvre pour que le panier de soins, déterminant la participation financière de l'employeur, soit le plus élevé possible.

Le Gouvernement, en lançant ce projet d'ordonnance, peut enfin démontrer que l'Etat employeur se préoccupe de la santé de ses agents. A lui de s'en donner les moyens, nous n'accepterons pas des miettes !

**En raison de la crise sanitaire,
le Congrès de la FGF-FO est reporté
du 7 au 10 juin 2021 à Nancy.**

Protection sociale complémentaire

SYNTHESE DE LA SITUATION



Calendrier des textes et de la négociation : situation au 20 février 2021

L'ordonnance présentée au CCFP du 18 janvier a été votée avec la répartition suivante :

POUR : FO, CFDT, CFE-CGC, CFTC et FA-FP, ainsi que les employeurs publics des 3 versants (Etat, Territorial, hospitalier)

Abstention : CGT, FSU, UNSA, Solidaires.

Aucun vote contre.

L'ordonnance a ensuite été présentée au Conseil d'État au puis Conseil des ministres le 17 février (voir page 5).

La feuille de route définitive a été remise aux organisations syndicales lors d'un groupe de travail avec la DGAFF le 9 février. (voir page 9)

Les prochaines réunions de travail débuteront le 18 mars.

Les négociations devraient se tenir par versant de la fonction publique (demande de FO) tant la situation est différente suivant les employeurs publics. Le calendrier est plus resserré pour la fonction publique de l'État que pour les autres versants.

L'ordonnance est applicable au 1er janvier 2022.

La phase transitoire

Dans la fonction publique de l'État, tous les ministères ont pratiqué le référencement d'organismes de complémentaires, excepté le minis-

tere de l'Intérieur. Le référencement actuel court jusqu'en 2023.

De fait, l'administration ne veut pas modifier les cahiers des charges fixés pour le référencement avant l'échéance de celui-ci. Cela signifie que les futurs contrats mutualistes et leurs modalités ne pourront pas s'appliquer avant.

Pour autant, le Gouvernement veut démontrer qu'il augmente immédiatement la participation financière de l'employeur public au coût de la complémentaire. Ainsi, dans cette phase transitoire où les contrats ne seront pas modifiés, l'État employeur veut abonder directement sur la feuille de paye des agents, un montant forfaitaire (inconnu à ce jour).

Cette phase transitoire que l'on peut résumer à une nouvelle participation employeur pose de nombreuses questions. La participation sur le bulletin de salaire annule-t-elle la participation actuelle faite directement aux mutuelles ou est-elle un complément. ?

Sur quel budget est financée cette participation ? L'État augmente-t-il les crédits ou va-t-on s'auto-financer les mesures par des suppressions de postes, ralentissement des mesures catégorielles, gel de la valeur du point d'indice, etc. ?

Force ouvrière, dans sa contribution écrite du 14 janvier et lors de sa déclaration liminaire au CCFP du 18 janvier, a posé ces questions à la Ministre et à la DGAFF. Nous sommes toujours sans réponse sur les modalités du financement. Pour FO, la seule option acceptable est l'aug-

mentation des crédits dans la Loi de Finances 2022.

La négociation interministérielle (Fonction publique de l'État)

Basée sur les principes fixés dans l'ordonnance et précisée dans la feuille de route, elle doit débiter impérativement par un accord de méthode indiquant les thèmes à discuter.

Pour la FGF-FO, il est impératif d'intégrer :

- Le couplage santé-prévoyance,
- L'adhésion facultative
- Les mécanismes de solidarité intergénérationnelle
- Tous les agents publics (fonctionnaires, contractuels, apprentis, etc.)
- Le panier de soins minimum de qualité
- La portabilité (transférabilité) des droits
- Les différents aspects de la prévoyance (statutaire, PSC, etc.)

Si nous sommes entendus sur l'accord de méthode, nous pourrions démarrer des négociations sereines, sinon, la situation se compliquera.

A ce jour, il est trop tôt pour évaluer l'articulation entre l'éventuel accord interministériel et d'éventuels accords ministériels, y compris quant au contenu de ces futurs accords. Par exemple, le panier de soins minimum s'appliquera-t-il de droit à tous les agents de l'État, ou les ministères pourront-ils en négocier un meilleur ? Les ministères ne négocieront-ils que la prévoyance ? Les ministères pourront-ils diviser les personnels dans les accords ministériels (exemple au ministère des Armées, un accord pour les civils et un autre pour les militaires ou un accord global ?)

Beaucoup d'inconnues qui devront être levées par l'accord de méthode.

La grande nouveauté concernant la PSC est le changement d'interlocuteurs pour la négocier. Jusqu'à cette ordonnance la discussion était principalement basée sur l'employeur et les mutuelles référencées. Dorénavant, les organisations syndicales deviennent enfin les interlocuteurs principaux. Ainsi, la meilleure protection sociale complémentaire sera la source d'un accord collectif majoritaire des organisations représentatives. En cas d'absence d'accord, c'est l'employeur qui

fixera le montant de sa participation, (un décret en Conseil d'État précisera les modalités).

L'enjeu est donc d'importance pour les organisations syndicales et les agents.

Le panier de soins

L'ordonnance précise que la participation employeur sera obligatoire pour la complémentaire santé à hauteur de 50% (elle est facultative pour la prévoyance). Il faut préciser que 50% de participation ne signifie pas 50% de la prise en charge du montant total de la cotisation mutualiste. Il s'agit de rembourser 50% du panier de soins défini par l'accord majoritaire. La FGF-FO a clairement indiqué que le panier de soins minimum du secteur privé était largement insuffisant. Nous devons donc dans la négociation peser le plus possible sur un panier de soins de qualité.

Paquet salarial

Pour la FGF-FO, l'amélioration indirecte du pouvoir d'achat par la participation plus importante de l'État employeur ne peut être l'arbre qui cache la forêt. C'est en ce sens que nous avons saisi le Ministre par écrit le 11 février dernier (voir page 21).

La paquet salarial (PSC, action sociale, logement, etc.) peut bien entendu être largement amélioré mais ne peut masquer une politique salariale qui fonce droit dans le mur depuis des décennies. Les choix des gouvernements successifs de prioriser l'indemnitaire à l'indiciaire ont créé des inégalités sans précédent, tassé les grilles et entraîné des pensions de plus en plus faibles.

Pour la FGF-FO, il est urgent de sortir de cette politique salariale et d'ouvrir un chantier sur les grilles indiciaires des 3 catégories (C, B et A), de relancer de manière conséquente le transfert primes-points afin de redonner de l'attractivité aux carrières de la fonction publique. Et bien entendu, il est urgent de revaloriser immédiatement la valeur du point d'indice.

La Ministre ne pourra pas se contenter de quelques dizaines d'euros accordés à la PSC pour faire croire que le pouvoir d'achat des agents s'est amélioré et que les pertes ont été compensées.

La FGF-FO avec ses instances vous tiendra régulièrement informés des avancées de ce dossier.

Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et de la ministre de la transformation et de la fonction publiques,

Vu la Constitution, notamment son article 38 ;

Vu le code des assurances ;

Vu le code de la défense, notamment son article L. 4123-3 ;

Vu le code de justice administrative, notamment son article R. 123-20 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 modifiée de transformation de la fonction publique, notamment son article 40 ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 modifiée d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, notamment son article 14 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction mili-

taire en date du 8 janvier 2021 ;

Vu l'avis du Conseil commun de la fonction publique en date du 18 janvier 2021 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 25 janvier 2021 ;

Le Conseil d'Etat (section de l'administration) entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

• Article 1

I. - La loi du 13 juillet 1983 susvisée est ainsi modifiée :

1° L'article 22 bis est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 22 bis. - I. - Les personnes publiques mentionnées à l'article 2 de la présente loi participent au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une

maladie ou un accident auxquelles souscrivent les agents que ces personnes publiques emploient. Ces garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Le montant de la participation ne peut être inférieur à la moitié du financement nécessaire à la couverture de ces garanties minimales.

« Ces personnes publiques peuvent également



participer au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient.

« II. - Lorsqu'un accord valide au sens du I de l'article 8 quater de la présente loi prévoit la souscription par un employeur public relevant du I du présent article d'un contrat collectif pour la couverture complémentaire de tout ou partie des risques mentionnés au premier alinéa du même I, cet accord peut prévoir la participation obligatoire de l'employeur au financement des garanties destinées à couvrir tout ou partie des risques mentionnés au second alinéa de ce I. Il peut également prévoir la souscription obligatoire des agents à tout ou partie des garanties que le contrat collectif comporte.

« III. - La participation financière mentionnée au I du présent article est réservée aux contrats à caractère collectif ou individuel sélectionnés par les employeurs publics au terme d'une procédure de mise en concurrence. Ces contrats sont conformes aux conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et garantissent la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, notamment en faveur des retraités et des familles.

« IV. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment :

« 1° Les conditions de participation de l'employeur public au financement des garanties en l'absence d'accord mentionné au II ;

« 2° Les dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires mentionnés au III et les modalités de prise en compte des anciens agents non retraités ;

« 3° Lorsqu'en application du II, la souscription des agents à tout ou partie des garanties est rendue obligatoire, les cas dans lesquels certains agents peuvent être dispensés de cette obligation en raison de leur situation personnelle. » ;

2° Au II de l'article 32, après les mots : « l'article 22, », sont insérés les mots : « l'article 22 bis, ».

II. - L'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée peut être rendu applicable aux agents que les personnes publiques mentionnées à cet article emploient et qui ne relèvent pas du champ d'application de cette loi. La liste de ces

agents est fixée par décret en Conseil d'Etat.

• Article 2

La loi du 26 janvier 1984 susvisée est ainsi modifiée :

1° Au sixième alinéa de l'article 25, les mots : « et conclure avec un des organismes mentionnés au I de l'article 88-2 une convention de participation dans les conditions prévues au II du même article » sont supprimés ;

2° Après l'article 25, il est inséré un article 25-1 ainsi rédigé :

« Art. 25-1. - Les centres de gestion concluent, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et afin de couvrir pour leurs agents, au titre de la protection sociale complémentaire, les risques mentionnés au I de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 précitée, des conventions de participation avec les organismes mentionnés au I de l'article 88-2 de la présente loi dans les conditions prévues au II du même article. Ces conventions peuvent être conclues à un niveau régional ou interrégional selon les modalités déterminées par le schéma régional ou interrégional de coordination, de mutualisation et de spécialisation mentionné à l'article 14.

« Les collectivités et établissements publics peuvent adhérer aux conventions mentionnées à l'alinéa précédent pour un ou plusieurs des risques que ces conventions sont destinées à couvrir, après signature d'un accord avec le centre de gestion de leur ressort. » ;

3° Les I et II de l'article 88-2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« I. - Sont éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics les contrats destinés à couvrir les risques mentionnés au I de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 précitée mettant en œuvre les dispositifs de solidarité mentionnés au III de cet article, cette condition étant attestée, par dérogation à la première phrase de ce même III, par la délivrance d'un label dans les conditions prévues à l'article L. 310-12-2 du code des assurances, ou vérifiée dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue au II du présent article.

« Ces contrats sont proposés par les organismes suivants :

« 1° Mutuelles ou unions relevant du livre II du

code de la mutualité ;

« 2° Institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;

« 3° Entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

« II. - Afin d'assurer à leurs agents la couverture complémentaire de l'un ou l'autre ou de l'ensemble des risques mentionnés au I de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 précitée, les collectivités territoriales et leurs établissements publics ont la faculté de conclure une convention de participation avec un des organismes mentionnés au I du présent article, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence transparente et non discriminatoire permettant de vérifier que les dispositifs de solidarité mentionnés au III de l'article 22 bis sont mis en œuvre. Dans ce cas, les collectivités et leurs établissements publics ne peuvent verser d'aide qu'au bénéfice des agents ayant souscrit un contrat faisant l'objet de la convention de participation.

« Les retraités peuvent souscrire un contrat faisant l'objet d'une convention de participation conclue par leur dernière collectivité ou établissement public d'emploi. » ;

4° Après l'article 88-2, sont insérés deux articles 88-3 et 88-4 ainsi rédigés :

« Art. 88-3. - I. - Dans les conditions définies au II du présent article, les collectivités territoriales et leurs établissements publics participent au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient. Par dérogation aux dispositions du I de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 précitée, elles participent également, dans les conditions définies au III du présent article, au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient.

« II. - Les garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident mentionnées au I sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. La participation des col-

lectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de ces garanties ne peut être inférieure à la moitié d'un montant de référence fixé par décret.

« III. - La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès ne peut être inférieure à 20 % d'un montant de référence fixé par décret. Ce décret précise les garanties minimales que comprennent les contrats prévus au I de l'article 88-2.

« Art. 88-4. - Dans les six mois suivant leur renouvellement général, les assemblées délibérantes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics organisent un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire. »

• Article 3

L'article L. 4123-3 du code de la défense est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 4123-3. - I. - L'Etat et ses établissements publics participent au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie, ou un accident auxquelles souscrivent les militaires qu'ils emploient. Ces garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Le montant de la participation ne peut être inférieur à la moitié du financement nécessaire à la couverture de ces garanties minimales.

« L'Etat et ses établissements publics peuvent également participer au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès auxquelles souscrivent les militaires qu'ils emploient.

« II. - L'Etat et ses établissements publics peuvent souscrire un contrat collectif pour la couverture complémentaire de tout ou partie des risques mentionnés au I. Dans ce cas, la souscription des militaires que l'Etat ou ses établissements emploient à tout ou partie des garanties que ce contrat comporte peut être rendue obligatoire par arrêté du ministre intéressé après avis du Conseil supérieur de la fonction militaire.

« III. - La participation financière mentionnée au

I du présent article est réservée aux contrats à caractère collectif ou individuel sélectionnés par l'Etat et ses établissements au terme d'une procédure de mise en concurrence. Ces contrats sont conformes aux conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et garantissent la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, notamment en faveur des retraités et des familles.

« IV. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment :

« 1° Les conditions de participation de l'Etat et de ses établissements publics en l'absence de mise en œuvre des dispositions du II ;

« 2° Les dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires mentionnés au III et les modalités de prise en compte des anciens militaires non retraités ;

« 3° Lorsqu'en application du II, la souscription des militaires à tout ou partie des garanties est rendue obligatoire, les cas dans lesquels certains militaires peuvent être dispensés de cette obligation en raison de leur situation personnelle. »

• Article 4

I. - Les dispositions de la présente ordonnance entrent en vigueur le 1er janvier 2022.

Toutefois :

1° Lorsqu'une convention de participation est en cours au 1er janvier 2022, les dispositions de la présente ordonnance sont applicables à l'employeur public qui l'a conclue à compter du terme de cette convention ;

2° Les dispositions du premier alinéa du I de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée et du premier alinéa du I de l'article L. 4123-3 du code de la défense, dans leur rédaction issue de la présente ordonnance, en tant qu'elles prévoient que le montant de la participation des personnes publiques ne peut être inférieur à la moitié du financement nécessaire à la couverture des garanties minimales définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, sont applicables à compter du 1er janvier 2024 aux employeurs publics relevant de l'article 2 de la loi du 11 janvier 1984 susvisée qui ne disposent pas de convention de participation en cours au 1er janvier 2022 ;

3° Les dispositions du II de l'article 88-3 de la loi du 26 janvier 1984 mentionnée ci-dessus sont

applicables à compter du 1er janvier 2026. Les dispositions du III du même article sont applicables à compter du 1er janvier 2025 ;

4° Les dispositions de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, dans leur rédaction issue de la présente ordonnance, sont applicables aux personnes publiques mentionnées à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée à compter du 1er janvier 2026.

II. - A compter du 1er janvier 2022 et jusqu'à la date d'effet de la sélection mentionnée au III de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, les personnes publiques mentionnées à l'article 2 de la loi du 11 janvier 1984 susvisée remboursent aux agents civils et militaires qu'elles emploient une partie du montant de leurs cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident. Le montant du remboursement de cotisations et ses conditions de versement sont fixés par décret.

Le versement du remboursement est réservé aux contrats conformes aux conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

III. - Les assemblées délibérantes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics organisent un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente ordonnance.

• Article 5

Le Premier ministre, le ministre de l'économie, des finances et de la relance, la ministre des armées, la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, le ministre des solidarités et de la santé, la ministre de la transformation et de la fonction publiques et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au Journal officiel de la République française.

Fait le 17 février 2021.

Feuille de route

La protection sociale complémentaire dans la fonction publique



Préambule

Le projet d'ordonnance relatif à la protection sociale complémentaire des agents publics fixe les grands principes communs aux trois versants de la fonction publique concernant les obligations de financement des employeurs publics et de participation des agents.

L'ordonnance permet notamment de fixer pour les trois versants de la fonction publique – Etat, Territorial et Hospitalier – une obligation de prise en charge d'une partie du coût de la protection sociale complémentaire.

Les négociations qui s'engagent, dans le respect de la hiérarchie des normes, permettront de veiller à ce que cet effort de l'employeur se traduise par une réelle amélioration de la couverture de tous les agents, sans distinction de statut. Le renouvellement de l'offre devra également bénéficier aux retraités.

Ces grands principes doivent maintenant être déclinés par grande catégorie d'employeur dans le cadre d'une négociation, adaptée à chaque versant, qui doit s'ouvrir dès le début de l'année 2021.

La feuille de route est un document de méthode destiné à identifier les thèmes et le calendrier du dialogue social sur la protection sociale complémentaire des agents publics. Elle vise à préparer l'ouverture d'un accord de méthode sur les thématiques de la PSC qui pourront donner lieu à l'ouverture de négociations avec les organisations syndicales. La feuille de route a fait l'objet d'échanges lors du Conseil commun de la fonction publique du 18 janvier dernier.

Les négociations s'inscriront dans le cadre des dispositions fixées par l'ordonnance prise en application du 1° du I de l'article 40 de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique dont la publication doit intervenir avant le 7 mars 2021. L'objectif des négociations est de déterminer les modalités d'application des dispositions fixées par l'ordonnance précitée et qui trouveront à s'insérer dans les dispositions réglementaires d'application de l'ordonnance.

Compte tenu des spécificités des trois versants de la fonction publique, une négociation par versant de la fonction publique se mettra en place à compter de 2021. Le Conseil commun de la fonction publique sera informé au moins une fois par an des travaux afin de s'assurer de la bonne application des principes définis par l'ordonnance et des textes qui en découleront. Des experts pourront utilement éclairer les membres du CCFP dans le cadre de ces travaux.

Concernant la FPT, les textes réglementaires d'application de l'ordonnance spécifiques à la FPT seront présentés en CSFPT au premier semestre 2021. Les négociations du niveau et des modalités de participation seront conduites par les employeurs territoriaux au niveau des collectivités territoriales ou des centres de gestion dans le respect des principes cadres fixés par l'ordonnance et des textes réglementaires.

Concernant la FPH, un groupe de travail se réunira au plus tard au second semestre 2021 pour lancer les travaux en matière de couverture des risques santé.

Le présent document vise à définir la méthodologie de travail sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, à savoir :

- le calendrier
- les thèmes de la négociation ;
- les documents mis à disposition.

Rappel des notions utilisées dans la négociation

Les risques « santé » correspondent aux risques d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique ainsi qu'à la maternité de l'agent. Ainsi, les garanties « santé » couvrent les frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident restant à la charge de l'agent après le remboursement de la part obligatoire versé par le régime de base de sécurité sociale.

Les risques « prévoyance » correspondent à ceux résultant de l'incapacité de travail, de l'invalidité et du décès de l'agent.

Cette feuille de route permet d'améliorer la couverture des agents sur ces risques. Les retraites et la dépendance sont également des enjeux très importants qui feront par ailleurs l'objet d'échanges dans le cadre du CCFP.

Le CCFP suivra l'avancée des négociations sur trois thèmes principaux :

- la couverture des risques santé
- la couverture des risques prévoyance
- le contenu et la portée des contrats

La protection sociale complémentaire fera l'objet d'au moins une information annuelle du Conseil commun de la Fonction publique et de chacun des conseils supérieurs. Chaque versant est invité à organiser les discussions dans ce cadre général en tenant compte de ses spécificités.

S'agissant de l'Etat, les discussions s'articuleront autour de ces trois thématiques avec les sous-thèmes suivants :

- la couverture des risques santé
 - les mécanismes d'adhésion des agents ;
 - le contenu et le fonctionnement des contrats collectifs à adhésion obligatoire;
 - les conséquences pour les agents d'une absence d'accord majoritaire pour la conclusion d'un accord collectif à adhésion obligatoire, notamment au regard des avantages fiscaux et sociaux attachés ces contrats;
 - les modalités de la participation employeur dans les différents cas de figure possible à l'issue de la négociation, y compris en l'absence d'accord ;
 - les mécanismes de portabilité des droits (notamment dans le cas particulier du chômage des agents contractuels) ;
- la couverture des risques prévoyance
 - un axe sera consacré aux pistes permettant d'améliorer les garanties statutaires ;
 - la consolidation dans les garanties statutaires de la réforme du capital décès interviendra en 2021 ;
 - un autre axe sera consacré aux garanties à faire figurer dans les contrats complémentaires ;
- le contenu et la portée des futurs contrats
 - les mécanismes de solidarité (solidarité intergénérationnelle entre actifs et retraités, les conditions d'accès des retraités aux contrats proposés, les solidarités au bénéfice des familles) ;
 - les formes et le montant de la contribution financière des employeurs ;
 - les clauses substantielles des cahiers des charges (le panier de soins, définition d'un socle commun interministériel en matière de santé et prévoyance ; couplage éventuel entre les garanties « Santé » et « Prévoyance »).

- modalités de l'adhésion et de la souscription, conditions de l'adhésion obligatoire le cas échéant ;
- le cadre de la négociation entre les employeurs et les organisations syndicales : modalités et forme de l'accord sur les clauses substantielles du cahier des charges, dans le respect du cadre statutaire tel que modifié par l'ordonnance relative à la négociation collective.
- Modalités de transition entre opérateurs de « complémentaires prévoyance », notamment pour les cas de rechute à la suite d'un fait générateur couvert par le précédent contrat.

2. – Le calendrier de la négociation

2.1. Pour la fonction publique de l'Etat, il est proposé de structurer la négociation en deux grands volets :

Le premier volet consacré prioritairement à la santé occupera le premier trimestre 2021. Il permettra de négocier les termes des deux projets de décret indispensables à la bonne application du principe de participation obligatoire des employeurs ministériels :

- le projet de décret pris en application du II de l'article 4 du projet d'ordonnance instaurant dès le 1^{er} janvier 2022 une participation obligatoire de l'Etat employeur au remboursement des frais de complémentaires santé justifiés par l'agent en faisant la demande ;
- le projet de décret pris en application du IV de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 dans sa version issue de l'article 1^{er} du projet d'ordonnance qui reformera le cadre général de participation de l'Etat dans le cadre des contrats qui viendront remplacer les conventions conclues dans le cadre du référencement.

Un second volet portera sur la prévoyance en vue d'un accord qui pourrait aboutir au plus tard d'ici la fin 2021. Les sujets pourront, le cas échéant, être échelonnés dans le temps afin d'aborder prioritairement le cadre juridique du capital décès pour lequel un cadre juridique pérenne devra être stabilisé et qui aura vocation à être commun aux trois versants de la fonction publique.

Ces négociations préciseront également le calendrier dans lequel les obligations de participation employeur seront mises en place, notamment dans le cadre de l'échéance des contrats de référencement pour l'Etat.

Un groupe de travail se tiendra au moins une fois par mois.

2.2. Pour la fonction publique territoriale, au moins une restitution annuelle en CSFPT du déploiement de la protection sociale complémentaire en santé et en prévoyance sera effectuée avec l'appui des employeurs territoriaux. Une circulaire de la DGCL précisera, dans l'année, la répartition du rôle respectif des collectivités locales et des centres de gestion.

2.3. Pour la fonction publique hospitalière, pour laquelle la mise en place de la protection sociale complémentaire interviendra au 1^{er} janvier 2026, les premiers travaux commenceront au deuxième semestre 2021. Le processus de réforme visant à améliorer la situation et les droits de tous les agents, en s'appuyant sur les dispositifs de l'article 44 de la loi de 1986 et les comités de gestion des œuvres sociales, sera intégré dans une discussion propre à la FPH. Une première réunion visera à arrêter la méthodologie et le calendrier des échanges avec les organisations syndicales. Une fois les grands principes de méthode actés, les risques

santé seront abordés en priorité sur 2021. Dans un premier temps, les groupes de travail seront organisés sur un rythme bimestriel.

Les échanges auront lieu dans deux formats différents de groupes de travail (avec les organisations représentatives des agents de la FPH d'une part et les organisations représentatives des personnels médicaux d'autre part) qui pourront éventuellement être réunis pour des temps d'échanges communs.

3. – Les documents mis à disposition

Les documents mis à disposition des acteurs sont :

- le rapport de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale de l'administration sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'Etat et la fonction publique territoriale : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article797>
- le rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article798>
- L'ensemble du corpus juridique applicable (législatif, réglementaire, conventionnel le cas échéant)
- Les études de l'IRDES et toute autre étude utile
- Les contributions des organisations syndicales et des employeurs quand elles sont rendues publiques



“ Protection sociale complémentaire d'aujourd'hui..



Dominique COMBE
Mutuelle de la fonction
publique et des finances
Présidente de la Mutuelle
d'action sociale des
finances publiques

Depuis 2007, le cadre juridique de la Protection Sociale des Fonctionnaires a considérablement évolué sous contrainte de respect du droit européen avec la mise en place, dans la Fonction Publique d'Etat de deux référencements successifs pour la quasi-totalité des ministères. A peine nous situons nous à la moitié de ce deuxième référe-

ment qu'un nouveau bouleversement s'annonce avec la prochaine publication d'une ordonnance sur la mise en place, au plus tard, en 2026, d'un nouveau dispositif sur la PSC des fonctionnaires dans les trois versants de la Fonction Publique. Militante dans deux structures mutualistes créées professionnellement au sein du Ministère de l'économie et des Finances : la MGEFI (Mutuelle Générale de l'Economie des Finances et de l'Industrie) et la MASFIP (Mutuelle d'Action Sociale des Finances Publiques), il me paraît important de faire un point sur la couverture proposée aujourd'hui aux agents et à leurs familles à la veille de toutes les remises en cause que pourrait porter en germe le dispositif prévu pour demain. **En résumé, il vaut toujours mieux savoir d'où on part pour apprécier vers quoi on pourrait aller !**

Force est de constater que sur deux référencements, dont le deuxième mis en œuvre en 2017, la MGEFI retenue comme seul opérateur référencé au Ministère des Finances a pu être en

capacité de maintenir une couverture de bon niveau à l'ensemble des actifs et des retraités avec trois offres en garanties santé ainsi qu'une couverture prévoyance couplée aux garanties santé incluant l'incapacité, l'invalidité, le décès et la dépendance. Des garanties et services supplémentaires ont pu également être intégrés dans la réponse au cahier des charges ainsi que des actions de prévention et un large accompagnement social. Cette situation n'est pas le fait du hasard et, pour l'avoir vécu de près, je reste convaincue que le maintien de cette couverture globale intégrant les solidarités intergénérationnelles, indiciaires et familiales a été rendu possible certes par l'entretien de relations régulières avec le Ministère dès le premier référencement, mais surtout grâce aux échanges et aux travaux constructifs avec l'ensemble des Fédérations syndicales du Ministère, bien en amont des opérations de mise en concurrence et de finalisation du cahier des charges. Dans ce cadre, l'implication sur ce dossier de notre Fédération FO Finances a été déterminante quant au résultat obtenu.

Signalons néanmoins un sérieux bémol : alors que, lors du premier référencement, le plafond de participation du Ministère destiné à compenser les transferts solidaires en direction des retraités et des ayants-droit avait été fixé à 19 millions d'€, ce plafond a été ramené à 4 millions d'€ lors du deuxième référencement. Preuve si besoin en était qu'en 2017, l'attribution de moyens significatifs à la protection sociale complémentaire de ses agents et le soutien aux dispositifs de solidarité étaient loin d'être la priorité de l'Etat employeur.

Il est toujours délicat de résumer en quelques mots l'étendue d'un système de protection en santé/prévoyance car les adaptations et les améliorations de l'offre doivent être permanentes

pour répondre aux besoins des adhérents et aux évolutions même du système de protection sociale. Mais d'une manière générale, aux Finances, le bilan peut être considéré comme satisfaisant comme en témoigne les baromètres de satisfaction annuels, **le constat d'une grande fidélité avec peu de démissions ou encore le fait que la MGEFI mutualise entre 85% et 90% des nouveaux agents recrutés.** Sauvegarder les solidarités, offrir une large couverture santé/prévoyance à un tarif accessible et un accompagnement global des agents et de leurs familles est un pari, qu'à mon sens, la MGEFI est parvenue à tenir en dépit d'un contexte concurrentiel et de contraintes réglementaires et prudentielles de plus en plus fortes.

Il faut cependant être conscient que **cette deuxième itération du référencement** ne s'est pas très bien passée dans les autres ministères à la différence de celui du Ministère des Finances qui continue, dans le paysage, à faire figure de « village gaulois ». Ainsi, le constat, peu discutable, d'une dégradation du dispositif ne peut qu'être effectué : **mise en place d'une concurrence exacerbée** mettant en avant le critère prix et négligeant les critères de solidarité, référencement de plusieurs opérateurs pour un même ministère générant une segmentation des populations, dégradation du niveau des garanties santé/prévoyance, exclusion de la garantie dépendance, effondrement des montants de participation de l'Etat employeur (déjà faibles.), la liste est longue ! Cette situation est la conséquence de cahiers des charges élaborés par l'administration sur la base de propositions largement soutenues par des cabinets conseils, en total décalage avec les couvertures existantes et les besoins des agents, et sans quasiment aucune concertation avec les organisations syndicales. Mais ne nous trompons pas dans les responsabilités : les mêmes qui, hier, n'ont rien fait pour permettre de faire perdurer voire d'améliorer la couverture solidaire des agents sont ceux qui, aujourd'hui, nous assurent monts et merveilles quant à l'amélioration de ces mêmes couvertures de protection complémentaire avec l'assurance d'un maintien des dispositifs de solidarité ! Aujourd'hui donc, à peine 3 ans après le renouvellement du dispositif de référencement et une mission réalisée par les trois Inspections Générales dont les constats et les préconisations ont

peiné à être publiés, la PSC des fonctionnaires est de nouveau sur le devant de la scène avec la parution prochaine d'une ordonnance dit réputée améliorer la PSC de tous les fonctionnaires et « réparer les injustices » entre public/privé aux dires de la Ministre.

La mesure phare largement médiatisée et présentée, de plus, comme **un soutien au pouvoir d'achat** consiste en l'obligation faite aux employeurs publics de prendre en charge 50% de la cotisation de la couverture santé des fonctionnaires actifs avec un prisme très orienté sur les contrats collectifs à adhésion obligatoire censés coûter moins chers et mieux couvrir les agents.

Bien évidemment, en première réaction, comment ne pas apprécier positivement le fait qu'en particulier l'Etat employeur soit dans l'obligation de participer au financement de la protection complémentaire de ses agents? alors même que durant les treize dernières années sa contribution aux transferts solidaires s'est réduite à la plus simple expression.

Mais se contenter de la seule annonce de cette mesure pourrait s'avérer source de désillusions car le contenu de l'ordonnance qui doit faire l'objet de nombreux décrets d'application, génère, à ce stade, un grand nombre d'incertitudes. Si ces incertitudes ne sont pas rapidement levées, elles pourraient se traduire par une explosion pure et simple des modèles mutualistes construits depuis des dizaines d'années, une remise en cause profonde des solidarités notamment intergénérationnelles et une régression des niveaux de couverture santé/ prévoyance pour nombre de fonctionnaires:

- **Incertitude sur le niveau de participation de l'employeur public** : annoncé pour une mise en place dès 2022, l'ordonnance mentionne que la participation est fixée au minimum à la moitié du financement des garanties respectant les dispositions du contrat responsable. Certes il s'agit d'un plancher mais **à ce stade ce n'est pas du tout 50% du montant de la cotisation.** Et à titre d'exemple, pour la MGEFI les garanties du contrat responsable se situent en deçà du premier niveau de l'offre santé. En résumé 50% c'est bien ... mais 50 % de quoi ?

- **Incertitude sur le niveau des garanties** santé que comprendra le panier de soins minimal, l'ordonnance ne faisant référence qu'au niveau de garanties des contrats responsables. Ce pa-

nier sera-t-il d'application interministérielle ? De quelle marge d'amélioration disposera chaque ministère ? Selon ce qui sera retenu les questions de la dégradation du niveau de la couverture santé et/ou de la nécessité de recourir à des surcomplémentaires santé (onéreuses...) pour maintenir le niveau de garanties actuel restent posées.,

- **Incertitude sur le maintien du couplage santé/prévoyance** ainsi que sur le niveau des garanties prévoyance à l'instar des garanties santé, l'ordonnance ne prévoyant pas une participation obligatoire de l'employeur Etat à la prévoyance (hormis en cas de contrat groupe obligatoire) et la garantie dépendance n'étant même pas citée. En cas de non-couplage santé/prévoyance pour les actifs et les retraités : que deviendront les contrats actuels de prévoyance que les actifs et retraités souscrivent annuellement et que les mutuelles pourraient être amenées à fermer sous la contrainte de la démutualisation avec nécessairement la question des cotisations versées pendant des années qui seraient tout simplement perdues ?

- **Incertitude sur la pérennité de la couverture santé et prévoyance des retraités** car même si l'ordonnance mentionne la mise en place de dispositifs de solidarités entre actifs et retraités, le plus grand flou demeure sur la déclinaison de ces dispositifs alors que l'aide directe n'est prévue que pour les actifs et que le prisme contrats groupe obligatoires renforce cette inquiétude. Il ne suffit pas seulement d'affirmer, comme l'indique la Ministre, que les contrats seront « ouverts » aux retraités. Il s'agit de leur garantir le maintien du même niveau de garanties avec une cotisation qui n'explose pas en montant comme c'est le cas dans les contrats groupe des salariés du secteur privé dans les trois années qui suivent leur départ à la retraite!

Et si effectivement les mécanismes de solidarité sont mis en œuvre qui portera cette solidarité dans la mesure où aucune aide même collective n'est prévue pour les retraités ? Et si ce

sont les actifs sur lesquels doit reposer cette solidarité, n'est-ce pas un miroir aux alouettes qu'afficher un montant d'aide directe aux actifs dont l'effet sera, de fait, amoindri par la prise en compte dans le montant de leur cotisation de ces transferts de solidarité ? A défaut de la mise en œuvre effective de ces mécanismes de solidarité les retraités pourraient connaître une régression de leurs garanties ou le maintien de ces garanties mais avec un montant de cotisation qui risquerait de devenir inaccessible au plus grand nombre.

- **Incertitude également sur les mécanismes de solidarité en direction des ayants-droit.** Aucune aide n'est mentionnée à l'instar des retraités. La question de la mise en œuvre des dispositifs de solidarité se pose à l'identique de la situation des retraités,

- **Incertitude sur la pérennité des dispositifs d'accompagnement global** mis en place par les mutuelles au fil des ans : action sociale, actions de prévention, assistance, services. Rien ne figure sur ces sujets dans l'ordonnance.

A ces incertitudes se rajoute le prisme fort de recours au contrat groupe obligatoire qui ne place plus l'adhérent

au cœur du dispositif. L'agent est tenu d'adhérer au contrat que son employeur a souscrit, ce dernier devenant le client de l'opérateur de complémentaire santé. La segmentation de la population générée par un contrat groupe obligatoire des seuls actifs se situe à l'inverse du modèle mutualiste reposant sur la liberté d'adhésion, sur la mutualisation des risques santé/prévoyance entre actifs, retraités et ayants-droit.

Tout repose désormais sur les négociations qui vont intervenir tout au long de l'année 2021 s'agissant du contenu des décrets d'application. Osons espérer que ces négociations permettront de réduire les inquiétudes sur un tel dossier à enjeu majeur pour les fonctionnaires actifs et retraités ainsi que pour leurs familles. La marche est haute mais formons l'espoir que nous puissions collectivement parvenir à la franchir !





Interview de David Ollivier- Lannuzel

Président Général MCDEF
Vice-Président Klésia Mutualité

Protection Sociale des Fonctionnaires : « Construire un dispositif qui répondent aux attentes de l'agent public et de sa famille. »

FGF-FO : Pour le mutualiste que tu es, quelles sont les avancées de ce dernier texte pour les agents publics ?

DOL : Si je voulais retenir qu'un seul point dans cette nouvelle approche du Gouvernement c'est sa volonté manifeste à participer à la prise en charge de la cotisation de la « mutuelle ». C'est une réelle avancée et rappelle bien évidemment par effet miroir la participation obligatoire de l'employeur à la protection sociale complémentaire des salariés du privé. Toutefois, la question reste à savoir sur quoi, sur quelle base l'Etat employeur va s'engager ? On nous parle de 50% de la cotisation en santé, c'est bien... mais il faudrait aussi aborder les garanties qui sont incluses dans cette prise en charge. Sur ce point les représentants des agents publics doivent pouvoir revendiquer que ce panier de soins soit d'une qualité de prestation supérieure ou égale à celles qui existent aujourd'hui dans les ministères. Il serait dramatique en termes d'accès aux soins que les conditions de prise en charge soient minimisées. Par ailleurs il serait tout aussi étrange de vouloir améliorer le pouvoir d'achat des fonctionnaire d'un côté et de l'autre minimiser les garanties des contrats ce qui provoquerait un reste à charge personnel plus important face à la dépense de santé. Il faudra donc être précis dans les discussions à venir pour que les garanties soient négociées sur une base du meilleur être sanitaire des agents et non pas uniquement sous le prisme économique. En ce sens, il faudrait pouvoir s'appuyer sur un bilan des dispositifs passés. Celui du rapport de l'IGAS, IGF

et IGA a mis en lumière les faiblesses dans la construction et le suivi des précédents modèles ce que nous relevions aussi en son temps avec la Mutualité Fonction Publique. Je dis souvent que ce qu'il manque ici c'est un dialogue croisé entre les partenaires sociaux, l'Etat employeur et les organismes opérateurs de la protection sociale complémentaire. Ce dialogue doit pouvoir s'organiser au niveau de chaque ministère, chaque entité d'emploi et répondre ainsi au mieux aux attentes des agents. Car, en fait, ce qui reste de l'expression des usagers du système de santé c'est qu'ils puissent bénéficier d'une bonne prise en charge et que le reste à charge soit le moins important possible. Tout ceci doit être aussi mis en parallèle des nouveaux axes de prise en charge du 100% santé, des Contrats responsables et des bouleversements des positionnements du Régime Obligatoire sur la téléconsultation ou des réseaux de soins par exemple. Quoi qu'il en soit, les acteurs aujourd'hui en présence, sur la base de bilans éclairés, doivent bénéficier de la connaissance nécessaire pour construire un dispositif qui répondent aux attentes de l'agent public et de sa famille.

Pour revenir à la question sur les avancées de cette ordonnance, elle reste en l'état l'expression d'une volonté politique qui risque de trouver ses limites dans les affres de la Doxa budgétaire. Ce point peut être également central quand on aborde la question fondamentale du couplage Santé et Prévoyance sans parler de la prise en charge de la perte de dépendance qui est un

dossier à part entière du moins en termes de financement

FGF-FO : Comment cela va-t-il se traduire concrètement pour un agent ?

DOL : C'est une question un peu complexe car cela va bien évidemment dépendre de la façon dont vont s'orienter les négociations. On parle d'un horizon qui semble lointain mais d'ores et déjà il est clair que dès 2022 une phase transitoire va s'ouvrir où chaque agent se verrait attribuer une aide pour sa « mutuelle » en quelque sorte un « chèque santé » tel que l'on peut avoir « un chèque transport ». Je n'émet pas de jugement de valeur sur cette mesure ; elle interroge pourtant sur sa portée plus individuelle que collective. C'est en même temps assez paradoxal car il se pourrait que demain avec le texte de l'ordonnance l'adhésion ne soit plus individuelle et facultative mais collective et obligatoire ce qui met fin à la liberté d'adhésion. On le voit un certain nombre de questions restent encore à travailler et de ces discussions vont naître des modèles de protection sociale bien différents selon le principe retenu. Contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative, Contrat individuel à adhésion obligatoire, labellisation de plusieurs offres avec adhésion obligatoire à l'une d'entre elles ? Une pluralité de modèles qui n'ont pas tous la même portée, qui plus est quand on y ajoute la question de la solidarité entre les générations. En effet, un des points saillants de tous ces montages restent l'articulation entre la population des actifs et celles des retraités. On le sait le dispositif mis en œuvre par l'œuvre mutualiste permet d'agir en solidarité entre les actifs et les retraités en mutualisant les efforts contributifs sur une base plus large. Ceci permet ainsi aux populations de retraités de ne pas subir une augmentation trop sensible de leurs cotisations ; c'est une volonté mutualiste forte mais qui pourrait s'éteindre si la protection sociale des fonctionnaires retraités n'était pas intimement liée à celles des actifs. Il est aussi évident que la prise en compte de ce point sera déterminant dans le choix des opérateurs finaux. En effet, il y a une tentation de l'Etat employeur d'ouvrir à la concurrence, y compris à des assurances, le marché de la santé des fonctionnaires actifs. Il s'avère que si celui-ci est couplé à celui des retraités l'attractivité en est fortement amoindrie.

Dans le cas contraire cela pourrait sonner le glas des mutuelles historiques écartant de facto les populations actifs du volume des adhérents protégés.

Néanmoins je crois dans le bon sens et dans les atouts des mutuelles et pour ce qui concerne les mécanismes de lien actif-retraité on pourrait imaginer la création d'un dispositif mutualisé, comme un fond de solidarité intergénérationnel, alimenté à part égale par l'Etat employeur et les agents publics et dont la gouvernance serait partagée. Toutefois en tant qu'opérateur ce débat-là ne m'appartient pas.

FGF-FO : D'après toi en matière de protection sociale quels sont les chemins qui restent encore à travailler ?

DOL : Au travers ce dossier d'importance on est traversé par tous les sujets de la protection sociale et on peut être tenté de vouloir y inscrire un nombre croissant de besoins particuliers d'une population que nous protégeons depuis plus d'un demi-siècle. En effet, les mutuelles historiques sont des mutuelles professionnelles qui connaissent parfaitement leurs adhérents bien plus qu'un assureur lambda. Nous suivons les parcours de vie, nous sommes les accompagnants du quotidien. Il me semble que dans ce dossier de la PSC il y a ce qui relève de la santé, de la prévoyance et c'est bien cela qui est central. Mais il y a aussi ce qui relève de l'accompagnement social et de la prévention.

La crise sanitaire que nous traversons ensemble aggrave les fragilités sociales y compris chez les agents publics et au sein de leurs foyers. Notre vocation est aussi d'être présent comme un amortisseur des effets de cette crise. Avec nos structures de soutien, d'aide aux aidants, de soins, de prévention avec des partenaires comme MFP, nous remplissons un rôle qui a du mal à tenir dans un cahier des charges mais dont la valeur est estimable et incontournable. Notre action est durable, fondamentalement sociale et elle s'appuie en complémentarité d'une base de Sécurité Sociale que l'on voudrait encore plus forte. Nous sommes reconnus par les agents et on veut continuer à l'être demain car nous avons encore du « grain à moudre » dans la Protection Sociale et pour le meilleur être des agents des Fonctions Publiques.



Le gouvernement envisage de mettre en place, par voie d'ordonnance, des contrats de groupe à adhésion obligatoire assortie d'une participation financière de l'employeur pour les trois versants de la Fonction Publique.

Selon la Ministre de la Transformation et de la Fonction Publiques, Madame Amélie de Montchalin, ces contrats collectifs de protection sociale complémentaire seraient ouverts aux retraités, ce qui, toutefois, reste à confirmer à la lumière des textes qui seront soumis aux partenaires sociaux.

Nous rappelons que, depuis plusieurs années, l'UFR-FO est montée en première ligne sur le sujet revendiquant notamment, une aide financière de l'Etat sous la forme d'une défiscalisation de cotisation ou d'un crédit d'impôt. C'est pourquoi, les fonctionnaires retraités se sentent concernés au premier chef par le débat en cours.

Cette annonce suscite bien des interrogations auxquelles des réponses claires doivent être apportées.

Outre le fait que les retraités ne sont pas demandeurs, l'ouverture d'un contrat de groupe obligatoire aux fonctionnaires retraités devra être formellement confirmée.

A ce stade de notre réflexion, quelques principes de base sur le fondement du système de protection existant doivent être rappelés pour bien comprendre la menace qui pourrait peser sur nous :

Liberté, démocratie, solidarité, indépendance sont les principes qui constituent le fondement de l'action mutualiste. Ces principes forment un tout, ils constituent le « carré magique » que les fonctionnaires ont eu à cœur de préserver et qui a guidé l'action mutualiste. Ils ne peuvent être dissociés ni séparés : que l'un de ces principes soit bafoué et tout l'édifice s'effondre.

Aujourd'hui, la société évolue et les règles sont bien différentes de celles du passé. Il serait facile de multiplier les exemples qui illustrent ces immenses mutations. Pourtant « liberté, démocratie, solidarité et indépendance », ces quatre principes restent toujours valables. Toute l'histoire le montre, ces principes ont été et sont encore soumis à une adaptation incessante. Il n'est pas question de transiger avec eux et le vrai défi qui se pose aux retraités est de savoir comment les sauvegarder. Mais l'histoire en témoigne, depuis deux siècles les retraités ont toujours su les faire évoluer. Ce qu'ils ont réalisé pendant une si longue période, ils sauront encore le faire. Leur passé plaide pour leur avenir.

Face à cela, que sait-on de ce contrat de groupe ? rien ou presque rien... !

Cela paraît peu pour accepter d'abandonner la protection mutualiste qui donne satisfaction à 85% des fonctionnaires adhérents volontaires et qui, pour la Ministre, ne doit pas, je cite : « s'arrêter aux frontières de l'actif mais pour lequel il serait insensé d'avoir une obligation pour les retraités ».

Evoluer et abandonner les principes historiques de la Mutualité qui ont fait leurs preuves ? Pourquoi pas, à condition d'avoir des assurances sur le futur dispositif A ce stade, les orientations de la Ministre interrogent et les questions sont nombreuses - Quelles garanties devra comporter le contrat de groupe collectif pour que les retraités aient des garanties égales par rapport à l'existant ?

- Est-ce que l'opérateur de demain utilisera la solidarité intergénérationnelle pour indexer le montant de ses cotisations ? Comment cette solidarité sera-t-elle traduite au sein du contrat collectif ? comment sera-t-elle financée ?

- Est-ce que le contrat de groupe collectif comportera le niveau prévoyance avec la couverture des risques dépendance et perte d'autonomie ? Qu'advient-il des contrats de prévoyance

annuels actuellement couplés à la garantie santé pour lesquels les retraités ont cotisé de nombreuses années en tant qu'actifs et continuent de cotiser en tant que retraités ?

Cela étant, nous l'avons dit la société évolue, et quoiqu'on puisse en penser, les retraités savent aussi s'adapter et accepter différentes formes de mutation.

Nous ne refusons donc pas de discuter la proposition de la ministre qui accorderait une participation de l'employeur.

Cependant, il doit être clair que son périmètre d'éligibilité doit couvrir tous les fonctionnaires actifs et retraités et dans les mêmes conditions : il serait ainsi tout à fait inacceptable de continuer à segmenter le risque selon l'âge et de voir perdurer une tarification par tranche d'âge dont les hausses sont devenues exorbitantes et insupportables dans le budget des retraités.

Nous rappelons haut et fort que la protection sociale complémentaire doit mettre en œuvre des mécanismes qui font appel à la solidarité intergénérationnelle. C'est le fondement de notre protection sociale.

Les retraités exigent une protection complémentaire qui garantisse une couverture de soins de qualité.

Nous ne saurions accepter non plus, et pour les mêmes raisons, une cotisation de base dont l'évolution serait exponentielle les années suivantes, de sorte que la participation financière de l'Etat serait, de fait, rapidement absorbée

Enfin, l'adhésion au contrat collectif serait obligatoire ce que nous contestons sur le principe. Chacun doit avoir le libre choix de son contractant ce qui n'est pas incompatible avec le principe d'une participation financière de l'Etat.

Nous serons particulièrement vigilants par rapport aux réponses qui seront apportées et fermes sur nos positions et nos exigences.

A l'heure où l'on stigmatise à nouveau les retraités prétendument nantis et où des menaces se font jour pour leur imposer de contribuer encore plus, et eux seuls, nous ne pouvons que ressentir une vive amertume.

Les retraités occupent une place importante dans le bénévolat et l'on sait ce que représente le bénévolat en France. Les retraités sont le principal facteur de cohésion dans la vie familiale et

sociale de notre pays. Nombreux, sont également présents dans des commissions administratives qui ne fonctionnent que grâce à eux. Nombreux sont ceux aussi qui exercent des fonctions électives. Si le PIB intégrait dans son calcul le bénévolat des retraités nous aurions bien des surprises. La part des seniors de 65 à 75 ans et plus, dans le bénévolat représenterait au moins 53% et un budget annuel de l'ordre de 7 milliards d'euros.

Jusqu'à présent, nous n'avons que récolté les fruits de notre travail pendant de longues années. Nous avons droit à la considération pour ce que nous avons fait et pour ce que nous faisons encore. La reconnaissance financière en fait partie.

Et si, découragés, les retraités venaient à se désengager des échéances civiques et du bénévolat par lassitude et par colère aussi ?

Paris, le 11 janvier 2021



La complémentaire santé dans le secteur privé

Qu'est-ce que l'ANI ?

L'Accord National Interprofessionnel (ANI), décrété par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, est un accord portant sur les conditions de travail et les garanties sociales dont peuvent bénéficier les salariés au sein des entreprises. Cet accord a instauré la généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises du secteur privé.

Depuis le 1er janvier 2016, les salariés du privé doivent être couverts par une complémentaire santé pour compléter les garanties de base de la sécurité sociale.

L'obligation de l'employeur :

Les employeurs du secteur privé (entreprise ou association) ont l'obligation de proposer à tous les salariés, sans condition d'ancienneté, de revenu ou de statut, qui ne disposent pas déjà d'une couverture complémentaire, d'un régime de remboursement complémentaire des frais de santé de participer à son financement.

Pour se faire, l'employeur choisit librement l'organisme assureur et les garanties du contrat.

Les partenaires sociaux de la branche peuvent aussi recommander un organisme. Dans ce cas, cette recommandation doit intervenir après une procédure de mise en concurrence préalable.

L'employeur doit proposer une mutuelle à tous les salariés, y compris aux apprentis. Cependant il peut délivrer une dispense d'adhésion à la mutuelle d'entreprise aux salariés, notamment :

- En contrat de travail à durée déterminée de moins de 3 mois ;
- En contrat de mission de moins de 3 mois (intérimaires) ;
- A temps partiel (jusqu'à 15 heures par semaines).

Par ailleurs, d'autres salariés peuvent être dispensés, à leur demande, de l'obligation d'adhésion. Pour cela il faut être :



- Ayant-droit d'un bénéficiaire d'une complémentaire santé individuelle,

- Bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle).

La dispense s'applique jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS.

Quelle couverture ?

La couverture collective obligatoire doit remplir les conditions suivantes ;

- La participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50% de la cotisation mensuelle (le reste à charge du salarié) ;
- Le contrat doit respecter un socle de garanties minimales (panier de soins minimal).

Le panier de soins minimal doit prendre en charge les garanties suivantes ;

- L'intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie,
- La totalité du forfait journalier hospitalier, à savoir 20€ par jour en hôpital ou clinique et 15€ par jour au service psychiatrique d'un établissement de santé,
- Les frais dentaires de prothèses et d'orthodontie à hauteur de 125% du tarif conventionnel,
- Les frais d'optique forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge de 100€ pour les corrections simples, de 150€ pour les corrections mixtes et 200€ pour les corrections complexes.

Le droit à la portabilité :

A l'issue d'un contrat de travail, et même dans le cas d'un licenciement, un salarié peut, sous certaines conditions, continuer à bénéficier des prestations de la complémentaire santé d'entreprise. C'est ce que l'on appelle le droit à la portabilité.

Quel que soit le statut (CDI, CDD, intérimaire, etc...), un salarié a droit au maintien de ses garanties complémentaire santé collective, s'il remplit les conditions cumulatives suivantes ;

- Avoir adhéré au régime frais de santé mis en place par son employeur ;
- Avoir fait l'objet d'un licenciement pour un motif autre que la faute lourde ;
- Avoir travaillé au moins un mois dans l'entreprise ;
- Avoir un contrat de travail qui ouvre droit à une indemnisation par l'Assurance chômage.

La portabilité prend effet à partir de la date de rupture du contrat de travail et prend fin en cas de reprise d'un nouvel emploi ou à l'issue de la période de portabilité.

La durée de maintien de la couverture, exprimée en mois, est égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié et ne peut excéder 12 mois.

Avantages fiscaux pour les entreprises !

Si l'instauration d'un régime de santé complémentaire en entreprise est obligatoire, elle est néanmoins assortie d'un certain nombre d'avantages fiscaux et sociaux non négligeable pour l'employeur. Ainsi ;

- Les cotisations patronales qui financent la complémentaire santé collective ne sont pas soumises aux charges sociales (dans la limite de 6% du plafond annuel de la sécurité sociale).

- Les entreprises dont l'effectif est inférieur à 11 salariés ne sont pas assujettis au forfait social. Celles qui ont 11 salariés ou plus bénéficient d'un taux de taxation de 8%.

Imposition des salariés :

La part de cotisations versée par le salarié est déductible des impôts (avant abattement de 10 %), dans la limite d'un plafond qui s'élève à 5 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) montant auquel s'ajoute 2 % de la rémunération annuelle brute du salarié mais dans la limite de 2 % de 8 fois le PASS.

Attention : depuis 2014 les cotisations « employeur » versées au titre de la complémentaire santé d'entreprise (couverture des frais de maladie, d'accident et de maternité) sont intégrées au revenu imposable du salarié. Ainsi plus la participation de l'employeur est importante, plus le revenu imposable du salarié augmente ce qui se traduit par une hausse d'impôt pour les salariés.

The logo consists of the letters 'FGF' in a large, bold, blue sans-serif font. Below the 'F' of 'FGF' is the letters 'FO' in a large, bold, red sans-serif font. The 'F' and 'O' are slightly offset to the right relative to the 'FGF' above them.

DOSSIER

POUVOIR D'ACHAT
ET PSC

Courrier de l'UIAFP-FO à la Ministre de la Transformation et de la Fonction publiques



Paris, le 11 février 2021

Objet : Demande d'audience

Madame la Ministre,

Depuis le début de ce quinquennat, le gouvernement conduit une politique salariale qui nuit à l'attractivité de l'emploi public et décourage les agents publics.

Cette politique d'austérité salariale mise en œuvre au nom de la rigueur budgétaire atteint un point d'orgue avec le gel de la valeur du point d'indice ou sa revalorisation inférieure à l'inflation. C'est ainsi que les fonctionnaires ont perdu plus de vingt pour cent de pouvoir d'achat depuis le début des années 2000. Nous considérons qu'il n'y a aucune raison de sacrifier notre pouvoir d'achat à une quelconque vertu budgétaire dont on voit aujourd'hui qu'elle n'est pas intangible.

Pour Force Ouvrière, l'augmentation du traitement dans le temps ne saurait être confondue avec le maintien du pouvoir d'achat des grilles indiciaires induit par l'actualisation de la valeur du point d'indice. Tous les indicateurs macro-économiques qu'affiche la DGAFP (SMPT, RMPP, IB-TGI, etc.) n'y changeront rien : la rémunération des agents publics se dégrade.

Depuis, le 1er janvier 2020, et à nouveau en 2021, l'augmentation mécanique du SMIC a fait passer les premiers échelons de la catégorie C en dessous du salaire minimum malgré une indemnité différentielle qui ne résout pas le problème de fond. Cette tendance déstructure et écrase systématiquement les grilles indiciaires en « smicardisant » et paupérisant les débuts de carrière de chacune des catégories. La reconnaissance des qualifications initiales s'en trouve dévaluée accentuant le sentiment de déclassement généré par l'écart existant entre les diplômés détenus par les entrants et les fonctions exercées.

S'agissant de "PPCR-Avenir de la Fonction Publique", le compte n'y est pas. L'allongement des durées de carrière, l'arrêt des réductions d'ancienneté ont autofinancé une revalorisation en trompe-l'œil. L'intégration d'une part insignifiante des primes dans le traitement s'avère, de fait,

très insuffisante. De surcroît, les engagements gouvernementaux n'ont pas été tenus car les mesures prévues en 2019 ont été reportées en 2020, et celles de 2020 en 2021.

Des grilles indiciaires notoirement insuffisantes, une dérive des rémunérations accessoires, des freins constants à l'évolution des carrières, des choix erratiques en matière de plans de requalification, ont contraint le gouvernement à engager dans l'urgence des crises sanitaire et sociale les "Ségur de la Santé", "Grenelle de l'Education", "Beauvau de la Police".

En faut-il plus pour expliquer l'impérieuse nécessité d'ouvrir une véritable négociation sur les rémunérations et les carrières, non pas dans la précipitation mais dans un questionnement des finalités propres à toute politique salariale ?

Dans les prochaines semaines, s'engageront des négociations sur la protection sociale complémentaire avec participation obligatoire des employeurs publics. Force Ouvrière entend y participer activement mais ne saurait voir dans cette mesure une amélioration indirecte du pouvoir d'achat des agents publics sous forme de paquet salarial qui exonérerait de l'amélioration du traitement indiciaire et une refonte des grilles.

Valoriser le service public et rendre l'emploi public attractif exigent des conditions d'emploi et de vie dignes tant pour les actifs que pour les futurs pensionnés. Ce n'est plus le cas.

C'est pourquoi Force Ouvrière sollicite une audience permettant d'aborder l'ensemble de la politique salariale concernant les agents de la Fonction Publique.

Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de notre parfaite considération.

Christian GROLIER
Secrétaire Général

Vous souhaitez épargner pour votre retraite ? Préfon est là pour vous.

Préfon-Retraite,
**1^{er} régime de retraite
facultatif en France**
pour les agents du service public

FGF
FO



3025

Service & appel
gratuits

du lundi au vendredi
de 9h à 19h

Une offre proposée par Préfon-Distribution

Préfon

La retraite et la prévoyance
de la fonction publique

www.prefon-retraite.fr

Préfon est la Caisse Nationale de Prévoyance de la Fonction Publique.
Préfon-Distribution, SAS de courtage immatriculée à l'ORIAS sous le n° 13008416. Siège social : 12 bis rue de Courcelles 75008 Paris

LA NOUVELLE

TRIBUNE

**FGF
FO**



ADMINISTRATION
ET RÉDACTION
46, rue des Petites-Écuries
75010 PARIS
Tél. 01 44 83 65 55
E-mail :
contact@fo-fonctionnaires.fr

Dépôt légal : février 2021

Représentant légal :

Christian GROLIER

Directeur de publication :

Christian GROLIER

Rédacteur en chef :

Claude SIMONEAU

Imprimeur :

Vincent Imprimeries

ZI du Menneçon

32, avenue Thérèse Voisin

37042 TOURS Cedex 1

Gratuité pour les adhérents

46, rue des Petites-Écuries
75010 PARIS

CPPAP 0125 S 05458

ISSN : 0992-9819

Photos : FGF-FO

Prix : 0,15 €



Fédération Générale
des Fonctionnaires
FORCE OUVRIÈRE

**UNION FÉDÉRALE
DES RETRAITÉS
DE LA FONCTION
PUBLIQUE
FORCE OUVRIÈRE
(UFR-FO)**

46, rue des Petites Écuries

75010 Paris

Tél. 01 44 83 65 55

Fax 01 42 46 97 80

Adresse courriel :

ufr@fo-fonctionnaires.fr

Un adhérent de l'Union Fédérale
des Retraités FO (UFR-FO)

reçoit, en plus

de ces publications,

notre titre principal

« La Nouvelle Tribune ».

Bulletin à retourner à :

Union Fédérale

des Retraités

FORCE OUVRIÈRE

de la Fonction Publique

46, rue des petites-Écuries

75010 PARIS

ou par mail à

ufr@fo-fonctionnaires.fr

CONSULTATIONS JURIDIQUES EN DROIT ADMINISTRATIF

Cette prestation est constituée de deux services :

→ Un service de renseignements téléphoniques → Des consultations au siège de la F.G.F.

RENSEIGNEMENTS TÉLÉPHONIQUES

Ce service de consultation par téléphone se tiendra au **01 45 23 05 57** à partir de **16 h 30 jusqu'à 18 h 30** (voir dates ci-dessous). **ATTENTION** : ce numéro de téléphone ne répond que le jour de la consultation.

Il ne pourra être examiné, dans ce cadre, que des affaires simples, ou des questions ne nécessitant pas de recherches importantes.

CONSULTATIONS AU SIÈGE DE LA F.G.F.-F.O.

Les consultations auront lieu au siège de la Fédération, aux dates ci-dessous de **16 h 30 à 18 h 30**. Un rendez-vous doit être obligatoirement pris par téléphone : **01 44 83 65 55**

Calendrier des CONSULTATIONS JURIDIQUES : DROIT ADMINISTRATIF

RENSEIGNEMENT TÉLÉPHONIQUES	CONSULTATIONS AU SIÈGE DE LA F.G.F.-F.O.
4 mars 2021	18 mars 2021
1 ^{er} avril 2021	15 avril 2021
6 mai 2021	20 mai 2021
3 juin 2021	17 juin 2021
1 ^{er} juillet 2021	08 juillet 2021

Ces prestations, étant gratuites, ne sont offertes qu'aux seuls adhérents des organisations affiliées à la F.G.F.-F.O. à jour de leurs cotisations et à leur famille proche.

La carte syndicale de l'année en cours sera exigée.

Avis aux adhérents - Changement d'adresse

Merci de signaler sans délai votre changement d'adresse à la FGF-FO : 46, rue des Petites-Écuries - 75010 PARIS, pour éviter toute interruption dans la réception de la Nouvelle Tribune, à l'aide éventuellement du bulletin ci-joint.

Nom : Prénom :

Syndicat d'appartenance :

Ancienne adresse :

Nouvelle adresse :

Àle.....2021
(signature)

VOUS SOUHAITEZ PARTIR EN RETRAITE DANS MOINS D'UN AN,

En tant qu'adhérent(e) FORCE OUVRIÈRE et en remplissant ce bulletin, vous pouvez recevoir, pour information pendant une période maximale d'un an, nos publications syndicales destinées aux adhérents retraités.

Mme - Mlle - M. (*) - Nom et Prénom.....

Adhérent(e) au Syndicat national FORCE OUVRIÈRE (intitulé du syndicat) :

Affilié(e) à la section de : (ville ou établissement)

Fonctionnaire titulaire - Agent contractuel(elle) (*)

Date de départ en retraite (jj/mm/aa) : / / .

Affectation :

Grade :

Souhaite recevoir les publications « **Le Lien** » et « **La lettre de l'UCR-FO** » éditées respectivement par l'Union Fédérale des Retraités FO et la Confédération FO, à l'adresse suivante :

N° de rue : Rue :

Code postal : Ville : Tél :

Date et signature

(*) Rayez les mentions inutiles.