

# La protection sociale complémentaire, une question de solidarité

La protection sociale complémentaire (PSC), c'est celle assurée en complément de la Sécurité sociale. Elle s'est développée historiquement à partir des sociétés ouvrières de secours mutuel du XIX<sup>e</sup> siècle et dispose, à côté de la Sécurité sociale – dont il faut réaffirmer la vocation à prendre en charge 100% des remboursements – d'une légitimité forte. Elle se situe actuellement dans un contexte budgétaire contraint, où la santé et le bien-être au travail des agents publics ne cessent de se dégrader, et dans un système concurrentiel.

La souscription d'une mutuelle est désormais obligatoire dans le privé, dans le cadre de contrats collectifs. Le gouvernement souhaiterait qu'il en soit de même pour les agents publics. Cependant, cette formule où se concurrencent tant

les offres que les organismes accentuent les dérives de marchandisation sans permettre cette solidarité entre actifs et retraités qui est le cœur de l'offre traditionnelle des mutuelles de fonctionnaires, et pourrait tendre à renforcer les prestations complémentaires au détriment des prestations obligatoires financées par la Sécurité sociale.

Aujourd'hui, le salarié, le fonctionnaire, est invité à procéder à un bilan coût/avantages entre le montant des cotisations et le niveau des prestations. En même temps que la PSC a été mise sur le marché concurrentiel, une brèche idéologique a été ouverte : adhérer à une mutuelle, c'était il y a quelques années encore adhérer à une communauté de valeurs, c'est aujourd'hui souvent choisir entre des tarifs.

**L'avenir de la PSC est un véritable enjeu de société** : il s'agit de donner les moyens aux agents de se soigner effectivement. Il faut pour cela faire vivre les valeurs de solidarité fondatrices du mutualisme et, au-delà, de notre fonction publique.

**La participation financière des employeurs publics doit être améliorée et rendue obligatoire.** Cette participation, inscrite dans la loi, est conditionnée à la mise en œuvre d'un appel public à concurrence, conduisant à « référencer » un ou plusieurs orga-

nismes complémentaires pour sept ans. Versée à ceux-ci, elle est plafonnée au montant des transferts de solidarité constatés, c'est-à-dire à l'écart entre le niveau des prestations et celui des cotisations des adhérents retraités ou avec plus de trois enfants.

**Les discussions sur le sujet de la protection sociale des agents publics**, portées à l'agenda social, se basent aujourd'hui sur les données du rapport confié par le gouvernement aux trois Inspections générales,

IGF, IGA et IGAS, chargées de dresser un bilan des dispositifs de participation financière des employeurs publics à la couverture des agents des trois versants de la Fonction publique. Les différents dispositifs d'aides sociales et fiscales pour l'accès à une couverture complémentaire santé, peu

lisibles au vu de leur nombre, induisent aujourd'hui une iniquité flagrante entre les différentes catégories de populations, y compris pour les agents publics. Comme le relève la mission d'inspection, la segmentation s'est organisée au détriment de la solidarité.

**Une ordonnance réformant le financement de la PSC des agents publics doit être publiée en ce premier semestre 2021.** Elle fera application de la loi du 6 août 2019 de transformation de la Fonction publique, qui a habilité le gouvernement à légiférer par ordonnance pour « redéfinir la participation des employeurs (publics) (...) au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs personnels ainsi que les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers, pour favoriser leur couverture sociale complémentaire ».

Cette ordonnance (encore non parue au moment où nous mettons sous presse) semble déboucher sur des avancées, notamment la participation des employeurs publics à la PSC, à hauteur de 50 %. La vigilance et la mobilisation des personnels et de leurs organisations seront nécessaires en face des projets de décrets d'application, qui porteront sur les sujets les plus sensibles, notamment les modalités de l'obligation de financement et les mécanismes de solidarité.

Pierre Boyer



(source de l'image : site de la mutualité française (www.mutualite.fr/))

## Une construction menacée par le libéralisme

La protection sociale complémentaire est « une couverture à titre facultatif et en complément du régime de base de la sécurité sociale, des risques sociaux liés à la personne » (définition du Conseil de la concurrence). Elle puise ses racines dans le mutualisme des sociétés ouvrières de secours du XIX<sup>e</sup> siècle.

**Les lois sur les assurances sociales (1928-1930) imposèrent un système d'assurance des risques maladie, maternité, invalidité et décès, financé par des cotisations salariales et patronales.** Réservées aux salariés dans la limite d'un plafond de revenu, elles excluaient notamment les cadres et les fonctionnaires. L'exclusion des fonctionnaires a paradoxalement permis le développement des sociétés de secours mutuel du public, ainsi conduites à se structurer et développer leurs propres solutions. Le taux de mutualisation dans l'Éducation nationale atteint 70 % dès 1935. Ce n'est qu'en 1946 que la Sécurité sociale est étendue aux fonctionnaires, les mutuelles ne disparaissant pas mais complétant la couverture sécurité sociale. Et depuis cette période les dispositifs mutualistes, avec la légitimité de leur histoire et de leurs valeurs, assument cette fonction de complément. Les fonctionnaires ont démontré leur capacité à s'organiser par eux-mêmes pour construire leur protection sociale. A terme la prise en charge de la totalité des dépenses de maladie par la Sécurité sociale (avec intégration des salariés des mutuelles) reste un objectif.

**Le néo-libéralisme s'est attaqué à la logique de solidarité** sur laquelle repose le mutualisme, et la loi Evin dès 1989 a ouvert le marché à la concurrence, notamment celle du secteur banque-assurance. Il y eut ensuite la mise en harmonie du droit français avec les exigences de libre concurrence du droit européen.

**Jusqu'en 2006, le code de la mutualité autorisait l'État à accorder aux mutuelles de fonctionnaires des subventions** pour développer leur action sociale et participer à la couverture des risques sociaux de leurs adhérents.

Le cadre de participation de l'employeur public à la PSC était fixé par un arrêté du 19 septembre 1962 (dit « arrêté Chazelle »). Celui-ci prévoyait la possibilité pour l'État de verser des subventions de fonctionnement « aux sociétés mutualistes constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux », dans la limite de 25 % des cotisations individuelles, en sus du financement d'œuvres sociales.

L'abrogation de cet arrêté par décret du 13 juin 2006 a une origine double. **D'une part, la Commis-**

**sion européenne**, dans une recommandation du 20 juillet 2005, a considéré que le dispositif constituait une aide d'État incompatible avec les traités européens, dès lors qu'il procurait à ces mutuelles « un avantage sélectif par rapport à d'autres entités présentes sur le marché de l'assurance complémentaire santé » et par la logique de subventionnement, allait à l'encontre du principe de la « concurrence libre et non faussée ».

**D'autre part, par suite d'un recours** de la Mutuelle générale des services publics déposé au nom de l'égalité entre mutuelles devant le Service public, le Conseil d'État a demandé au gouvernement l'abrogation de l'arrêté Chazelle (CE, 26 septembre 2005, Mutuelle générale des services publics, n°262282).

**De ces deux décisions, il ressort que l'État peut participer au financement de la PSC** à condition d'organiser au préalable une procédure de mise en concurrence entre les opérateurs économiques intéressés.

**La loi n° 2007-148 du 2 février 2007** répond au vide laissé par l'abrogation en modifiant l'article 22 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 instaurant la formulation suivante : « les personnes publiques peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent ».

Le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 définit les modalités de ce qui sera la procédure de référencement. Un appel d'offre basé sur un cahier des charges appelant à la solidarité, en particulier entre actifs et retraités, est lancé, auquel tout organisme complémentaire d'assurance maladie peut répondre. Le ou les ministères portant l'appel sélectionne pour 7 ans un ou plusieurs opérateurs et peut leur verser une participation globale, répartie en fonction du nombre de personnes couvertes par les offres référencées s'il y a plusieurs opérateurs.

**Ce dispositif est censé permettre de préserver les transferts de solidarité en faveur des familles et des retraités. L'État finance, dans la limite de ces transferts, des organismes complémentaires couvrant à la fois la santé et la prévoyance.**



## ↳ Mutuelles et assurances

**M**UTUELLES et assurances sont les deux grands acteurs de la protection sociale complémentaire. Mais leur origine et leur philosophie sont bien différentes.

L'émergence des pratiques assurantielles est liée à l'essor du commerce maritime international au Moyen Age. D'Italie, ces techniques assurantielles se diffusent bientôt dans le reste de l'Europe.

Après la Révolution, les sociétés de secours mutuels s'attachent à la protection contre les risques sociaux (maladie, accidents et peu à peu vieillesse) des travailleurs et de leurs familles, tandis que les assurances se chargent de la protection des biens de la classe capitaliste émergente – entrepreneurs et propriétaires. Les groupements mutualistes s'organisent en mouvement, porteur d'une éthique et de valeurs distinctes des pratiques assurantielles.

La Charte de la Mutualité de 1898 confirme cette ambition en rappelant la spécificité mutualiste par rapport aux pratiques commerciales. La Mutualité s'affirme comme un acteur privilégié de la prise en charge des besoins sanitaires et sociaux d'une part de plus en plus large de la société. Les compagnies d'assurance se concentrent quant à elles sur une clientèle aisée à qui elle propose l'assurance de biens, l'assurance-vie et une protection contre les accidents du travail.

En 1945, la création de la Sécurité sociale s'accompagne de la redéfinition des missions du Mouvement mutualiste, à qui revient la prise en charge des dépenses de santé non couvertes par le régime obligatoire. Pendant près de trente ans, dans un contexte de prospérité économique et de plein emploi, les sociétés mutualistes exercent de fait un monopole dans le champ de la complémentaire santé. Dès la fin des années 1970 les compagnies d'assurance françaises se tournent vers le « marché » de la complémentaire santé.

Les compagnies d'assurance grignotent progressivement les « parts de marché » mutualistes qui tombent de 67 à 60% de 1980 à 1990. La concurrence assurantielle est confortée par la réforme du Code de la Mutualité de 1985 qui impose l'abandon de l'exclu-

sivité dans le domaine de la complémentaire santé au profit d'organismes à but lucratif. Dans les années 2000, la réglementation européenne a accentué cette concurrence.

### Ethique solidaire contre logique commerciale

Alors que la philosophie mutualiste consiste en la mise en commun des moyens de chacun pour faire face aux aléas de santé, à l'opposé, la logique de l'assurance est celle du rapport « sinistre/prime » qui tente d'évaluer au plus près le risque que représente un individu ou une catégorie d'individus. Pour la santé, c'est souvent le critère d'âge qui est retenu. Cette logique peut engendrer une sélection des risques couverts, qui se traduit dans la politique tarifaire et de communication de chacun.

L'éthique solidaire du mutualisme est confrontée à une toute autre logique, de nature commerciale, imposant notamment une discrimination des adhérents en fonction de l'âge. Et reposant sur un principe de spécialisation, requérant un cloisonnement des activités, au contraire des mutuelles, dont le fonctionnement repose au contraire, depuis leurs origines, sur la multiplicité des prestations offertes en contrepartie d'une cotisation unique. En conséquence, s'opère une « sélection adverse » au détriment des groupements mutualistes qui concentrent une population plus âgée, fragile, et donc plus consommatrice de soins.

Mais les atouts du mouvement mutualiste demeurent majeurs, à l'instar de sa place dans le système de protection sociale : à l'heure actuelle, les mutuelles protègent 35 millions de Français. La force de la mutualité s'incarne également au travers de ses 2600 réalisations sanitaires et sociales qui renforcent les prestations assurantielles par une offre de services innovante. Il semble cependant plus que jamais indispensable au mouvement de réaffirmer la spécificité de son modèle solidaire et non lucratif, encore trop méconnu du grand public, comme en témoigne la campagne de communication lancée par la FNM en juin 2018, « Votre mutuelle est-elle vraiment une mutuelle ? ».

## ↳ La MGEN

**D**ANS le champ de l'éducation et de la culture, la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN, groupe VYV) est la mutuelle historique des personnels de l'Éducation nationale, de la Culture, de la Recherche et de la Jeunesse et des Sports. C'est, avec 4 millions d'adhérents, la première mutuelle de santé en France en nombre d'adhérents et en cotisations et la première mutuelle de la fonction publique.

Elle dispose d'un réseau de 18 600 militants présents sur le terrain, ainsi que de 10 000 salariés.

Elle est depuis 2015 ouverte à tous via MGEN Filia.



## Les revendications de la FSU (Mandats de Clermont 2019)

### Non au glissement de l'Assurance maladie obligatoire vers l'Assurance maladie complémentaire

La FSU a dénoncé la loi de juin 2013 qui a généralisé les contrats collectifs obligatoires d'assurance complémentaire pour les salariés du privé. Mise en œuvre en 2016, on en voit aujourd'hui les effets en termes d'inégalités de couverture et d'exclusion (privé-es d'emplois, inactif-ves, retraité-es), mais aussi de progression des assureurs à but lucratif sur le champ de la santé. Cette réglementation accentue le glissement des remboursements de l'AMO vers l'AMC que la FSU continue de dénoncer. A ce titre, la FSU n'acceptera pas une transposition au public d'un dispositif de contrat obligatoire choisi et imposé par l'employeur.

La FSU rappelle et défend le principe fondamental de la Sécurité sociale qui consiste à "cotiser selon ses moyens et à recevoir selon ses besoins ».

Elle affirme, dans le prolongement de ses mandats de Poitiers et du Mans, la nécessité de créer les conditions d'une assurance maladie obligatoire qui rembourse 100% des soins médicaux prescrits. Un débat doit s'enga-

ger dès aujourd'hui dans la FSU et avec nos partenaires sur les modalités de sa mise en œuvre, sur les étapes intermédiaires et sur la place et le rôle des complémentaires santé à but non lucratif. Des pistes sont à explorer : politique de prévention, intégration des personnels des mutuelles dans la Sécurité sociale, développement des centres de santé, suppression des complémentaires à but lucratif... On peut aussi s'inspirer du statut local de l'Alsace Moselle en l'étendant à tous les assuré.es, notamment les fonctionnaires. Il y a urgence aujourd'hui, c'est pourquoi c'est dès maintenant qu'il faut enclencher le processus.

Mais la charge des dépenses en assurance complémentaire santé et prévoyance ne peut reposer sur la seule contribution des salarié.es. C'est pourquoi la FSU demande à titre transitoire que soit renforcée la participation des employeurs publics à la complémentaire santé et prévoyance, librement choisie par leurs agent.es. Pour les personnels de la fonction publique ter-

ritoriale et des établissements publics, cette participation des employeurs doit être obligatoire.

Le gouvernement tente d'aller plus loin dans la marchandisation de la complémentaire santé en permettant la résiliation infra-annuelle, ce qui ne peut que fragiliser les mutuelles. Il s'agit d'une nouvelle attaque contre les mutuelles qui se sont par ailleurs engagées, pour faire face à la concurrence des assurances privées et de banque-assurance, dans des processus de rapprochement contre-nature avec des assureurs privés. La FSU dénonce ces rapprochements. Elle dénonce tout autant la différenciation des offres qui favorise les logiques consuméristes et celle des taux de cotisations selon le statut et l'âge qui va à l'encontre des valeurs mutualistes. Le monde mutualiste doit, à l'inverse de ces évolutions, défendre et reconquérir les principes solidaires. Mais seule l'assurance maladie obligatoire garantit de fait une couverture totalement solidaire car mutualisée sur toute la population.

## et celles du SNASUB-FSU (9<sup>e</sup> congrès, mai 2018)

Pour la protection sociale, le SNASUB-FSU revendique :

- une prise en charge à 100 % des soins pour tous par la sécurité sociale ;
- l'abrogation de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ainsi que le retrait de toute fiscalisation de la sécurité Sociale ;
- la mise à contribution des revenus financiers et des profits des entreprises à la même hauteur que les cotisations des salariés ; il faut que les cotisations patronales soient intégralement payées !

- une gestion démocratique des caisses de sécurité sociale par les seuls salariés ;
- l'abrogation des textes réglementaires réduisant le niveau de remboursement des médicaments ;
- le rejet de tout projet visant à réduire le niveau de protection sociale et favorisant le recours aux organismes privés ;
- la défense de la protection sociale complémentaire assurée par des mutuelles non soumises à la concurrence et aux intérêts privés dans la perspective d'une intégration dans le cadre

d'une sécurité sociale prenant en charge les soins à 100 % ;

- la suppression du parcours de santé obligatoire avec désignation obligatoire du médecin traitant ;
- l'interdiction des dépassements d'honoraires ;
- un moratoire sur les fermetures d'hôpitaux et de service de santé dans les territoires ruraux.



## Un état des lieux

Les inspections générales des affaires sociales (IGAS), des finances (IGF) et de l'administration (IGA) ont été chargées d'établir un diagnostic et des recommandations sur la protection sociale complémentaire dans les trois fonctions publiques.

**Le premier rapport examine notamment le dispositif de référencement** des organismes complémentaires propre à la fonction publique d'Etat, modifié en 2017-2018. Il montre que :

- la PSC donne lieu à un dispositif complexe visant à permettre une participation financière des employeurs à une couverture devant favoriser des transferts de solidarité ;
- le deuxième référencement, marqué par une ouverture accrue à la concurrence et la recherche prioritaire d'un meilleur rapport garanties/tarifs, a mis en évidence les fragilités du dispositif.

### Les principes du dispositif de référencement

Le système de référencement consiste en une sélection d'un ou plusieurs organismes après mise en concurrence. Il leur est attribué une participation (voir ci-après). Le ministère contribue ainsi à la protection sociale de ses agents adhérant à un organisme référencé. L'adhésion est individuelle et facultative.

**Pour respecter le cadre validé par la Commission européenne**, le dispositif de référencement repose sur :

- la mise en concurrence, sur la base d'un cahier des charges, des organismes souhaitant être référencés au titre de la couverture couplée du risque maladie et de la prévoyance ;
- des obligations de solidarité imposées aux organismes référencés en lien avec l'objet social du dispositif : l'absence d'âge maximal d'adhésion et, pour les prestations santé en nature, l'écart maximal de un à trois entre les montants minimal et maximal de cotisations au-delà de 30 ans, l'interdiction d'une tarification selon l'état de santé et le plafonnement du tarif pour les familles à celui des familles de trois enfants ;
- un plafonnement de la participation financière versée directement aux organismes, au niveau des transferts de solidarité intergénérationnels et familiaux au titre de la couverture du risque santé.

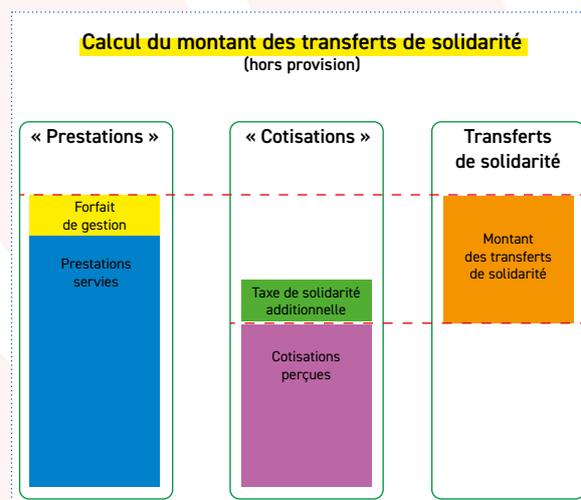
**La participation financière de l'État à la PSC** est encadrée par les règles suivantes :

- chaque organisme référencé calcule chaque année les montants de transferts de solidarité résultant de l'addition des transferts intergénérationnels (soit la somme des écarts constatés pour chacun des adhérents âgés pris en compte entre les pres-

tations versées et les cotisations correspondantes) et des transferts familiaux (soit la somme des écarts constatés, pour chacun des ayants droit entre les prestations versées et les cotisations correspondantes) ;

- l'employeur attribue ensuite à chaque organisme un montant de participation sous le plafond des transferts.

Nota : Les transferts de solidarité sont, pour deux tiers environ, familiaux, et pour un tiers intergénérationnels.



### Le niveau de participation financière à la PSC, très inégal selon les ministères, sous-compense les transferts de solidarité

**Le niveau de participation des ministères** est en baisse constante depuis 2005. La prévoyance (incapacité de travail, invalidité, inaptitude et décès) est largement sous-estimée et peu encadrée, et répond imparfaitement aux besoins des agents.

Le niveau de cette participation facultative, en moyenne de 12 euros par an, par agent adhérent à un organisme référencé, est aujourd'hui «très inégal» selon les ministères. En haut du tableau, le Quai d'Orsay : 121 euros par an. Suivent l'Agriculture avec 47 euros, les Armées avec 33 euros, les ministères sociaux avec 19 euros, Bercy avec 18 euros, la Culture avec 17 euros et la Justice avec 10 euros. En 2017, la participation financière des ministères au titre de la PSC, soit 18 M€, a compensé moins du tiers des transferts de solidarité. Par ailleurs, la PSC est souvent peu imbriquée avec les priorités en matière de gestion des ressources humaines.

### À l'éducation nationale et dans le supérieur

Cette participation n'est que de 3 euros par an. Une convention conclue sur l'action sociale partagée avec la MGEN prévoit en particulier des actions de santé

publique et de réinsertion professionnelle cofinancées par le ministère et la mutuelle.

Ces deux ministères ont référencé trois organismes de protection sociale complémentaire, pour la période de 2018 à 2025.

Le ministère indique sur son site : « Le référencement de la protection sociale complémentaire assure aux adhérents des contrats adaptés et solidaires en termes intergénérationnels et familiaux. Et en tant qu'employeur, le ministère participe au financement de ces contrats. Le ministère s'est assuré que ces contrats regroupent un ensemble de prestations permettant d'accéder aux soins et de bénéficier d'une couverture de risques tels que l'invalidité, l'incapacité temporaire de travail, la perte d'autonomie, le décès. CNP Assurances, INTERIALE Mutuelle et MGEN proposent chacune 3 options »

### Un dispositif fragilisé par la mise en concurrence et le multi référencement

La fonction publique d'Etat et les différents ministères font l'objet de critiques de la part des corps d'inspection. En cause particulièrement la seconde vague de référencement, ce dispositif qui permet depuis 2005 à chaque administration de l'Etat de choisir pour une durée de sept ans un opérateur, qui bénéficie de son soutien sous réserve de respecter un cahier des charges précis en matière notamment de solidarités (intergénérationnelles, de revenus ou familiales).

Si la mission considère qu'il est « encore trop tôt » pour tirer un bilan de ce second référencement acté en 2017-2018, elle juge néanmoins que « les premières données disponibles indiquent que l'ouverture à la concurrence, notamment à travers le référencement, dans la moitié des ministères, de plusieurs organismes a fortement fragilisé le dispositif ». Au total, 16 organismes ont été référencés contre 10 dans le cadre du premier référencement. La deuxième vague de référencement des organismes complémentaires pour les agents de l'Etat (2017-2018) s'est caractérisée par une concurrence accrue. À la différence de la première vague de référencement en 2009, la deuxième (2017-2018) a été marquée par l'arrivée sur le marché d'acteurs du secteur lucratif. Exemple : au ministère de l'Education nationale, la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) a, pour la première fois, été mis en concurrence, le ministère ayant aussi retenu CNP Assurance et Intériale (alliée avec AXA).

L'équilibre économique des offres des organismes déjà référencés a été mis à mal, cependant que **des organismes nouvellement référencés ont concentré leur « recrutement » sur de jeunes actifs**. Le rapport moyen entre les tarifs à 75 ans et à 20 ans variant de 2,6 pour les mutuelles, à 3,4 pour les sociétés d'assurance. Le choix fait par la moitié des ministères de référencer plusieurs organismes a réduit la mutualisation des risques, déjà fragile du fait du caractère facultatif de l'adhésion. Alors que 7 actifs sur 10 adhéraient à une offre référencée en 2017, ce chiffre s'est effondré en 2019.

### Les organisations syndicales ont été auditionnées par la mission d'inspection

La mission a rencontré les délégations de huit organisations syndicales nationales. Elles estiment que le poids accordé au critère prix dans l'analyse des offres et la compétition entre organismes dans le cadre du multiréférencement retenu dans plusieurs ministères ont déstabilisé des mutuelles historiques et menacent les fondements même de la mutualisation par la segmentation des populations d'adhérents. Plusieurs regrettent en outre notamment la fin de l'inclusion de la garantie dépendance dans les offres référencées.

Outre l'inscription de la PSC dans le champ du dialogue social, les principales attentes portent sur les points suivants :

- l'instauration d'une obligation de participation des employeurs publics assortie d'un taux minimum, la référence majoritaire étant celui, pour les employeurs privés, de 50 %. Les positions divergent en revanche sur la modulation de la participation en fonction de la rémunération ;
- le renforcement et l'élargissement du couplage des garanties, notamment en rétablissant la possibilité d'inclusion des garanties dépendance pour les offres référencées ;
- un encadrement renforcé des conditions de labellisation (notamment en prévoyance), une présentation harmonisée et simplifiée des garanties, et la mise en œuvre d'une portabilité des droits dans les conventions, une organisation proposant de mettre en place un fonds national de mutualisation des risques pour atteindre cet objectif.

Pour encourager l'adhésion des agents, la majorité des organisations demande le maintien ou le rétablissement du précompte des cotisations et plusieurs demandent une déductibilité fiscale des cotisations comme celle dont bénéficient les adhérents aux contrats collectifs obligatoires.

En revanche, seules trois organisations ne sont pas opposées à l'instauration d'une obligation d'adhésion pour les agents, dès lors que la participation de l'employeur serait obligatoire.



Manifestation parisienne du 17 septembre 2020

## Les solutions préconisées par le rapport des inspections générales

### La mission d'inspection préconise une augmentation de la participation des employeurs

ELLE recommande d'augmenter la participation financière des ministères, afin d'améliorer le niveau de couverture santé. Si la mission inter-inspections ne précise pas le niveau d'augmentation de participation qu'elle préconise, elle avance deux principales options, correspondant à deux niveaux d'effort budgétaire différents.

- Sur la base du régime de participation des employeurs en vigueur dans le secteur privé, le coût de la prise en charge à 50% de la couverture santé et prévoyance s'élèverait ainsi à plus d'un milliard d'euros par an selon les estimations des corps d'inspections.
- « Dans une autre logique », explique la mission, « il pourrait être envisagé d'aligner le montant versé par l'employeur public chaque année aux adhérents des organismes complémentaires référencés sur la base d'un montant de 120 euros par an. Soit la participation la plus élevée aujourd'hui versée par un ministère. Cette participation représenterait donc une part variable de la prime payée par chaque adhérent en fonction de sa situation personnelle et de la grille tarifaire proposée par l'organisme référencé », développe le rapport. Coût estimé de cette option : 280 millions d'euros par an.

#### Le coût annuel d'une prise en charge entre 50 et 100 % des transferts de solidarité se situerait entre 1,5 et 3,1 fois le montant total versé en 2017

Le niveau de participation financière des ministères étant à l'heure actuelle encadré par l'existence de transferts de solidarité, il pourrait être envisagé d'augmenter le taux de compensation de ces transferts (estimé en 2017 à 33 %).

Une telle augmentation du niveau de prise en charge des transferts serait cohérente avec l'objectif initial de la PSC, qui est de favoriser des tarifs plus accessibles pour les retraités et les familles grâce à une participation financière de l'employeur public.

#### « Effets pervers »

Une partie des ministères a donc adopté cette stratégie d'ouverture « pour essayer d'obtenir un meilleur rapport tarifs/garanties et diminuer ainsi le montant de l'enveloppe allouée au dispositif », expliquent les inspecteurs généraux. Ils regrettent néanmoins qu'aucun des ministères ayant affirmé avoir amélioré ce rapport entre les deux référencements « n'a fourni à la mission de documents permettant de le mesurer ». C'est le cas précisément des ministères de l'Éducation nationale, de la Culture, des Affaires sociales, des Armées et de l'Agriculture. « En revanche, il est certain que le multi référencement engendre plusieurs effets pervers », poursuivent-ils. Le multi référence-

ment a complexifié l'exercice du choix d'un organisme par les agents « qui doivent comparer les tarifs en fonction de leur profil de consommation de soins et de leur risque estimé en prévoyance » et a prolongé « la compétition entre organismes au-delà de la phase de choix des opérateurs, en accroissant les risques de comportements de sélection des adhérents de la part d'organismes entrants qui concentrent leur effort de recrutement sur des adhérents présentant le meilleur profil de risques, les mutuelles historiques risquant de ne conserver que les mauvais risques, en particuliers les retraités » Le multi-référencement, enfin, « aboutit à une segmentation du périmètre de mutualisation des risques, déjà réduit par le caractère facultatif de l'adhésion, situation paradoxale et contradictoire avec l'objectif de solidarité recherche ».

#### Absence de bascule

La mission d'inspection pointe surtout l'absence de bascule du stock des adhérents vers les offres nouvellement référencées, absence qui compromettrait la possibilité de certains ministères de participer financièrement à la PSC de leurs agents. « Aucune disposition ne pouvant, dans le cadre d'un dispositif facultatif, obliger les mutuelles historiques à basculer leurs adhérents vers les garanties nouvellement référencées, la majorité d'entre eux seraient restés à ce stade sur les garanties anciennement référencées », développe-t-elle ainsi.

Par exemple, dans les ministères ayant référencé plusieurs organismes complémentaires (Éducation nationale, Armées, Affaires sociales, Agriculture, Culture), le nombre d'adhérents à un contrat référencé « s'est effondré entre la dernière année du premier référencement et la première année du deuxième référencement » et le nombre d'adhérents à un contrat référencé auprès d'un organisme entrant (MGEN au ministère des Solidarités, AG2R à l'Agriculture, ...) « est marginal ». « Sur les deux ministères comptant le plus grand nombre d'agents (Armées et Éducation nationale), le nombre d'adhérents à un contrat actuellement référencé serait inférieur à 20 000 », développe la mission.

#### Des recommandations afin d'améliorer la protection complémentaire dans la fonction publique d'État

La mission a identifié deux ensembles de mesures d'amélioration, concernant principalement l'État.

- Le premier, qui peut être mis en œuvre rapidement, pour partie après négociation avec les organismes complémentaires référencés, consiste à mieux informer les agents, à augmenter la participation de l'État,

à l'individualiser et à la moduler selon des critères sociaux ; la mission recommande de déterminer, ministère par ministère, des critères de ciblage de l'aide financière de l'employeur sur les agents pour lesquels elle aurait l'effet incitatif le plus fort pour l'adhésion à une couverture complémentaire. Il pourrait s'agir des agents dont le niveau de revenu est le plus faible et qui sont par conséquent les moins à même de supporter le reste à charge éventuellement lié à leur consommation de soins et les plus susceptibles d'être fragilisés, du fait d'un montant d'épargne plus faible, par une bascule en demi-traitement.

- la couverture en prévoyance pourrait aussi être renforcée, notamment par une participation financière spécifique. La mission recommande de plus d'étudier un rapprochement des garanties statu-

taires offertes aux contractuels de celles des fonctionnaires (droits à congé de maladie, invalidité), la possibilité de souscrire seulement à une couverture prévoyance.

### Trois scénarios pourront ensuite être envisagés, au terme du deuxième référencement :

- référencer un seul organisme complémentaire par ministère, avec éventuellement une adhésion obligatoire (après négociation sociale) ;
- labelliser au plan national un nombre limité d'organismes complémentaires en garantissant l'absence de sélection des risques ;
- généraliser les transferts de solidarité en couverture santé à tous les contrats dits « responsables et solidaires ».

## 👉 La réforme du financement : l'ordonnance à paraître

Le projet soumis à consultation renvoie de nombreux points à des décrets et des négociations collectives ultérieures.

### Résumé des dispositions fixées par le projet d'ordonnance

L'article 1<sup>er</sup> crée une obligation de financement des garanties de PSC en plusieurs niveaux.

**Au premier alinéa du I :** les employeurs publics « **participent** » au financement des garanties de PSC en matière de maladie, maternité ou accidents auxquelles les agents qu'ils emploient souscrivent. Cette participation est égale au minimum à la moitié du financement des garanties correspondant aux contrats dits responsables, comprenant notamment les paniers du « 100% santé » en dentaire, optique et audio (article L.911-7 du code de la Sécurité).

**Au deuxième alinéa du I de cet article,** il est dit que les employeurs publics « **peuvent participer** » aux garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, inaptitude ou décès). Dans cet article qui instaure une participation minimale, le gouvernement instaure donc le niveau de protection minimal, avec un découplage santé et prévoyance.

**Au II de cet article 1<sup>er</sup>,** le gouvernement crée un deuxième niveau de participation des employeurs publics, subordonné à la signature d'un accord majoritaire.

« Lorsqu'un accord [...] est signé majoritairement » il « peut prévoir » :

- « la conclusion d'un contrat ou d'un règlement collectif pour la couverture complémentaire » pour tout ou partie des garanties en santé et prévoyance,
- « la participation obligatoire » des employeurs au financement de « tout ou partie des risques » prévus en prévoyance et la « souscription obligatoire des agents » [...]

Commentaire : Dans ce cadre, la participation de l'employeur peut être plus importante que lorsqu'il n'y a

pas conclusion d'un accord. La loi instaurerait donc une participation minimale de l'employeur qui pourrait être renforcée en cas de négociation et signature majoritaire d'un accord. Cet accord « peut prévoir » un contrat collectif, la loi ne le rendrait donc pas automatique, mais les OS peuvent être incitées à l'accepter en échange d'une participation plus importante de l'employeur.

**Au III de l'article 1<sup>er</sup>,** il est précisé que dans tous les cas, le financement de l'employeur serait réservé aux contrats ou règlements mutualistes sélectionnés au terme d'une procédure de mise en concurrence.

Commentaire : c'est déjà le cas avec les référencements dans la FPE et les conventionnements dans la FPT.

En IV de l'article 1<sup>er</sup>, l'ordonnance renvoie à des décrets en Conseil d'État la fixation :

- des modalités d'application de l'ensemble de l'article 1<sup>er</sup>,
- des mécanismes de solidarités, notamment à l'égard des retraités, des familles et des anciens agents non retraités,
- des possibilités de dispense.

### Et la prévoyance ?

Concernant la couverture prévoyance, le ministre souhaite améliorer le capital décès dès 2021 et ainsi abroger les dispositions imposées en 2015 qui avaient drastiquement réduit le capital décès du fonctionnaire à 13 400 euros maximum. Celui-ci devrait donc être réévalué pour revenir au montant annuel de l'ensemble de la rémunération (traitement et primes). Cette nette amélioration du capital décès n'est que justice face aux difficultés survenant lors de la perte d'un proche.

Par contre, rien de nouveau par rapport à la dépendance.

## ☛ Ce que la FSU a porté au Conseil commun de la Fonction publique du 18 janvier 2021

UNE ordonnance ouvrant des possibilités de financement par l'employeur de la complémentaire santé a été soumise à consultation des organisations syndicales. C'est à terme la possibilité des mêmes niveaux de prise en charge que dans le privé (soit 50 % minimum).

### Des enjeux considérables

Une telle mesure peut amener dans l'immédiat du pouvoir d'achat supplémentaire. Cependant, il faut considérer tous les enjeux des nouveaux mécanismes envisagés. Étendre les complémentaires accroît la possibilité de désengagement de la sécurité sociale, en basculant sur elles certaines prises en charge, d'où une augmentation des cotisations. La FSU, attachée au principe fondamental de la Sécurité sociale, affirme la nécessité de créer les conditions d'une assurance maladie obligatoire remboursant 100% des soins médicaux prescrits.

Par ailleurs, la FSU avait dénoncé la loi de juin 2013 généralisant les contrats collectifs obligatoires d'assurance complémentaire dans le privé, dont on voit aujourd'hui les effets : inégalités de couverture et exclusion (privé-es d'emplois, retraité-es), progression des assureurs à but lucratif.

### La FSU a donc alerté en particulier sur deux enjeux majeurs que l'ordonnance ne clarifie pas :

- Qu'en sera-t-il des solidarités inter-générationnelles déjà fortement mises à mal ? Pour les agent-es à la retraite, les cotisations risquent d'augmenter fortement puisque, pour décrocher les contrats collectifs, les mutuelles auront tiré les prix vers le bas, sans prise en charge correcte des risques des retraité-es.
- Qu'en sera-t-il du rôle des mutuelles à but non lucratif, de la politique de prévention, du développement des centres de santé, et de l'ensemble des actions sociales et solidaires que portent les militant-es mutualistes ? Déjà les mutuelles, acceptant au départ le dogme de la libre concurrence, ont dû s'engager, pour faire face aux assurances privées et à la banque-assurance, dans des processus de segmentation des risques, de différenciation des offres qui favorisent les logiques consuméristes et des taux de cotisations variant selon le statut et l'âge, à l'encontre du principe mutualiste : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

La protection sociale et la santé ne sont pas des marchandises. Les cotisations à la sécurité sociale ou aux mutuelles sont une part socialisée de la rémunération et sont la propriété collective, sociale, des travailleurs. Les employeurs doivent contribuer à cette protection sociale mais sans encadrement paternaliste.

### La FSU s'est abstenue sur ce texte

Une centaine d'amendements avaient été déposés par les organisations syndicales. Ce nombre révèle les enjeux du texte, les désaccords persistants et les difficultés d'un dialogue social mené dans la précipitation.

### Les amendements déposés par la FSU visaient notamment :

- à fixer la participation de l'Etat au financement avec une variabilité de 50 à 90%, pour respecter les principes d'égalité et de solidarité et favoriser l'adhésion des agents à faible rémunération, tant pour la maladie que pour la prévoyance,
- à prévoir l'obligation de participation de l'employeur au-delà des garanties minimales,
- à prévoir des négociations obligatoires.
- à intégrer la garantie décès,
- à conserver le caractère facultatif de l'adhésion,
- à sécuriser les contrats déjà labellisés,
- à garantir le versement aux seuls contrats intégrant des transferts solidaires entre les bénéficiaires.

La ministre n'a accepté qu'une infime partie des amendements, reportant l'essentiel des points d'achoppement à des concertations et des négociations ultérieures, dont le contenu et le calendrier sont fixés dans une feuille de route. La FSU, la CGT, l'UNSA et Solidaires se sont abstenus. La CFDT, FO, la FA, la CGC et la CFTC ont voté pour.

La FSU n'a pas voté contre ce texte car la charge des dépenses en assurance complémentaire santé et prévoyance est de plus en plus lourde pour les agent-es. C'est pourquoi elle avait demandé à titre transitoire que soit renforcée la participation des employeurs publics. Le cadre de négociations et de concertations ouvert ici peut être une réponse.

### Beaucoup d'incertitudes

Pour la FSU, il reste encore beaucoup trop d'incertitudes et de risques car les sujets les plus sensibles et les plus importants sont reportés à plus tard. Il en est ainsi des principes et mécanismes de solidarité entre bénéficiaires, notamment entre actifs, actives et retraité-es, de la couverture de l'ensemble des agent-es, des objectifs de la négociation collective et des accords majoritaires, des risques que les employeurs publics imposent des contrats collectifs à leurs agent-es, au détriment des solidarités et du niveau de couverture. La ministre a affirmé que la PSC bénéficierait d'un financement autonome, abondé sans ponctionner les autres budgets, mais il faudra attendre la loi de finances 2022 pour apprécier cet engagement.

Mais ces réponses incomplètes pourraient aggraver certaines logiques déjà à l'oeuvre et ouvrir de nouveaux sujets, raisons pour lesquelles la FSU n'a pas voté favorablement ce texte.