Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSEIL SUPÉRIEUR
Fonction • Publique • Territoriale

# RAPPORT

# Les effets du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 sur l'accès à la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique territoriale

**Séance Plénière du 29 mars 2017**

**Rapporteur : Monsieur Daniel LEROY**

Conseil supérieur de la fonction publique territoriale – Ministère de l'Intérieur
Place Beauvau – 75800 PARIS Cedex 08
Tél. : 01.53.43.84.10 – Fax : 01.53.43.84.11 – Site internet : www.csfpt.org

SOMMAIRE


Introduction ..... 5
I. BILAN SYNTHETIQUE ..... 7
1. Deux enquêtes qualitatives ..... 9
2. Méthodologie ..... 9
A. Les enjeux de la protection sociale complémentaire et de la prise en compte du décret de novembre 2011 pour les collectivités ..... 11
1) Objectifs et enjeux de la protection sociale complémentaire ..... 11
2) L'attente du décret de novembre 2011 ..... 12
3) Les incidences nettement positives du décret ..... 14
4) Une dialogue social participatif et positif ..... 16
5) Labellisation ou convention de participation ..... 19
6) Une ouverture maximale aux bénéficiaires ..... 20
7) Modes de participation pour les risques Santé et Prévoyance ..... 21
8) Définition et gestion du budget alloué à la PSC ..... 23
B. Bilan et perspectives ..... 25
1) Des bilans relativement mitigés en termes de nombre d'agents bénéficiaires ..... 25
2) Les principaux freins à l'adhésion des agents ..... 25
3) Rôles et positionnements des principaux acteurs : DRH, Elus et OS ..... 26
4) Perspectives d'évolution et enjeux stratégiques de la PSC ..... 28
II. LES AUDITIONS ..... 32
A. Principales thématiques mises en avant par les CDG ..... 32
1) Quelles sont les procédures choisies ? selon quelles modalités ? ..... 33
CDG 69 et métropole de LYON ..... 33
CDG de la Seine Maritime ..... 34
CIG Grande Couronne ..... 34
CIG Petite Couronne ..... 35
2) Quelle participation de l'employeur ? ..... 36
3) Effets positifs ..... 37
4) Difficultés rencontrées ..... 38
5) Pistes de progrès ..... 39
B. Opérateurs ..... 40
1) Mutualité de la fonction publique (MFP) ..... 40
a. Mutuelle nationale territoriale (MNT) ..... 41
b. Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) ..... 42
c. INTERIALE ..... 42
III. PRECONISATIONS ..... 44
Promouvoir la protection sociale complémentaire par une information active ..... 44
Simplifier le dispositif réglementaire ..... 44

IV. CONCLUSION ..... 46
V. ANNEXES ..... 47

# Introduction

La volonté du Conseil supérieur de la fonction publique de réaliser un bilan de la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire dans les collectivités locales, résulte non seulement de la nécessité d'évaluer les dispositifs instaurés par le décret du 8 novembre 2011, mais aussi du fait plus global qu'il s'agit d'un enjeu social qui concerne tous les agents et toutes les collectivités.

Comme l'action sociale sur laquelle s'est récemment penchée la Formation spécialisée n°4 du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, la protection sociale complémentaire est devenue un élément important d'une partie des collectivités.

De fait, la gestion des personnels repose désormais sur plusieurs piliers : la gestion strictement statutaire (carrières, promotions, rémunérations), la gestion plus collective des ressources humaines (organisation des services, temps de travail, management…) et enfin les sujets sociaux (action sociale, protection sociale complémentaire…).

Tous ces éléments concourent à la fois à la qualité de vie au travail pour les agents, à leur bien-être et à l'attractivité des collectivités.

Le décret du 8 novembre 2011 s'inscrit aussi dans une réalité propre à la fonction publique territoriale : grande majorité d'agents de catégorie C (75 %), salaires peu élevés, emplois à temps non-complet, sociologie particulière de l'emploi, pénibilité de nombreux emplois. Tous ces éléments, déjà relevés par le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, notamment dans le rapport *« La précarité dans la fonction publique territoriale »* (2011) impliquent une action sociale et une protection sociale complémentaire plus solides, plus conformes aussi à ce que l'Accord National Interprofessionnel (ANI) a établi qui rend obligatoire la contribution des employeurs du secteur privé aux contrats de santé de leurs salariés à hauteur de 50 %.

Les lois de 2007 dont celle du 19 février 2007 (n°2007-209) ainsi que le décret de 2011 constituent donc une avancée sociale importante en faveur des agents et donnent des outils adaptés à la réalité diverse des collectivités, en fonction de leur taille, de leurs moyens, de leurs objectifs.
La possibilité de choix entre la convention et la labellisation offre une souplesse favorable aux agents, qui garantit leur liberté et celle des employeurs. A eux de mettre en place une politique de gestion des ressources humaines qui intègre l'ensemble des moyens qu'offre la législation.

De même qu'on a pu constater des différences de niveau de participation entre les Ministères, il y a des inégalités de moyens et de participation entre les diverses collectivités.

Dans ce cadre, l'objectif de ce rapport est non seulement de réaliser un bilan de la réception et de l'application du décret de 2011, mais aussi d'envisager des pistes d'amélioration pour chacun des partenaires de ce dispositif.

C'est la raison pour laquelle la Formation spécialisée n° 4 s'est avant tout attachée à écouter les acteurs en s'appuyant sur les enquêtes réalisées à cette fin par le Centre national de la fonction publique territoriale et la Fédération nationale des centres de gestion.
Il ressort de ces études que la mise en place de la protection sociale complémentaire est bien un enjeu du dialogue social et un facteur de qualité de vie au travail. Enfin, c'est un outil majeur, pour ceux qui ont su, ou voulu s'en emparer, d'une politique de gestion des ressources humaines volontaire et dynamique.

Le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale ne peut qu'être attentif à la question du dialogue social dans les collectivités et il est intéressant de constater que ce sujet, comme celui de l'action sociale, est à même de le nourrir.

Il faut évidemment souligner le rôle essentiel des centres de gestion dans le développement et la formalisation des contrats au sein des petites collectivités. Le rôle de la communication et aussi très important, beaucoup d'agents, et beaucoup de collectivités ne connaissent pas toutes les possibilités qu'offrent ces dispositifs.
Ce travail s'attache à relever toutes les difficultés et, partant, toutes les pistes d'amélioration de ces dispositifs : durée des contrats, bénéficiaires, situation de mutualisation ou de fusion, conditions de financement.

La réussite de ces dispositifs repose en effet sur une volonté de coopération de tous les acteurs impliqués.

Ce rapport s'inscrit donc pleinement dans le cadre du travail de réflexion et de proposition du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, au service des agents et des employeurs.

## I. BILAN SYNTHETIQUE

# La protection sociale complémentaire des agents territoriaux

Résultats de l'enquête qualitative exploratoire menée sous l'égide de la Formation spécialisée n° 4 : QUESTIONS SOCIALES du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale**.**

L’ensemble des membres de la formation spécialisée n°4 en charge des questions sociales a participé à la réalisation de cette enquête sur la protection sociale complémentaire des agents.

Cette étude qualitative a été conduite auprès des collectivités territoriales avec l’appui du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) d’une part, et, d’autre part, auprès des centres de gestion avec la Fédération nationale des centres de gestion (FNCDG).

## 1. Deux enquêtes qualitatives

L'étude sur la protection sociale complémentaire des agents des collectivités fait suite à la publication du décret du 8 novembre 2011 (en annexe) et d'une circulaire de la Direction générale des collectivités locales en mai 2012 (annexée) qui ont donné un cadre plus formalisé à la mise en place, par les collectivités qui le souhaitent, de dispositifs de protection sociale complémentaire en faveur de leurs agents. Ces dispositifs pouvant couvrir le risque « santé » et/ou celui de la « prévoyance ».

Cette étude a pour objectif d'établir un état des lieux et une typologie des pratiques des collectivités et des centres de gestion dans leur mise en œuvre d'une offre de protection sociale complémentaire pour leurs agents et des problématiques auxquelles elles sont confrontées à cette fin[1].

Elle cherche à observer plusieurs aspects (cf. trame de questionnement en annexe):

- Le contexte préalable et les évolutions suite à la parution des textes réglementaires
- L'offre proposée par la collectivité et les niveaux de participation financière
- Les publics bénéficiaires et les modalités d'information
- La place du dialogue social et les retours éventuels de la part des représentants des personnels.

L'étude s'inscrit à la suite de celles menées sur l'action sociale dans les collectivités territoriales qui ont été réalisées en 2013 et 2014 par le CNFPT, également à la demande de la FS4 du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale (rapport sur les effets des lois de février 2007 sur l'accès à l'action sociale dans la Fonction publique territoriale, consultable en ligne sur le site : www.csfpt.org.).

## 2. Méthodologie

L'enquête a été établie sur la base d'un échantillon d'une vingtaine de collectivités et seize centres de gestion choisis pour représenter une variété de dispositifs et une diversité du point de vue de leur nombre d'agents, de leur situation géographique et de leur type (communes, intercommunalités, conseils départementaux et régionaux, centres de gestion, cf. liste en annexe).

Elle s'est déroulée sous la forme d'entretiens semi-directifs d'environ 1 heure 30 auprès d'interlocuteurs ciblés au sein d'une même collectivité :

- des élus en charge des ressources humaines ou des personnels
- des représentants du personnel
- des responsables et gestionnaires des services concernés par la protection sociale complémentaire (directeurs des ressources humaines, chefs de service social ou assimilés)

[1] Sources :
- ✓ Centre National de la Fonction Publique Territoriale : Direction générale adjointe chargée du développement de la formation - Direction de l'observation prospective de l'emploi, des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale - Service de la prospective
- ✓ Fédération Nationale des Centres de Gestion.

Au total, près de 70 personnes ont apporté leur contribution à cette étude. Qu'elles en soient ici très vivement et sincèrement remerciées.

S'agissant des centres de gestion, il a été choisi d'interroger seize centres de gestion, ne mettant pas en place la mission pour la protection sociale complémentaire pour moitié, et la mettant en œuvre pour l'autre moitié. Le panel est composé de centres de gestion de petite, moyenne et grande tailles.

En outre, parmi les centres de gestion (CDG) ayant fait l'objet de l'enquête et mettant en œuvre la protection sociale complémentaire, ceux-ci représentent les grandes tendances. Ainsi cinq centres de gestion assurent une convention de participation au titre de la prévoyance, un seulement au titre de la santé et deux sont impliqués sur les volets prévoyance et santé.

Les entretiens ont été réalisés auprès des directeurs des centres de gestion.

## A. Les enjeux de la protection sociale complémentaire et de la prise en compte du décret de novembre 2011 pour les collectivités

Pour toutes les collectivités rencontrées, la protection sociale complémentaire (PSC) s'inscrit dans une volonté de protéger leurs agents, le plus souvent dans le cadre d'une politique sociale en complémentarité avec une offre d'action sociale ou d'autres dispositifs relatifs aux ressources humaines. Le décret de 2011 (en annexe) a permis de donner un cadre juridique très attendu par de nombreuses collectivités.

### 1) Objectifs et enjeux de la protection sociale complémentaire

Pour les collectivités interrogées, les objectifs et les enjeux de la mise en place de dispositifs de PSC renvoient principalement à quatre grandes finalités :

- **Un engagement dans le cadre de la politique sociale de la collectivité**
  - La PSC est très souvent perçue comme le « *complément naturel* » de l'action sociale, avec toutefois une spécificité bien marquée s'agissant de la couverture des risques de santé et de prévoyance qui ne se confond pas avec les aides à la famille ou aux loisirs.
  - Il existe également dans certaines collectivités une tradition de participation de l'employeur qui remonte à l'après-guerre, voire au Front Populaire, pour lutter contre la précarité et contribuer à la santé des agents, alors que pour d'autres : « *On vient de loin, c'était le désert sur l'action sociale et la PSC avant 2007* ».
  - Dans certains cas, la PSC s'inscrit dans un engagement politique fort de la majorité sortie des urnes qui a pu même en faire l'affichage dans sa plateforme électorale.

- **Une contribution financière en compensation de la stagnation des régimes indemnitaires**
  - A l'instar de l'action sociale, la participation employeur pour la PSC fait figure d'aide directe au pouvoir d'achat des agents et est donc venue compenser quelque peu la stagnation des rémunérations dans le contexte généralisé de maîtrise de la masse salariale.
  - Si les collectivités veulent faire adhérer le plus grand nombre de bénéficiaires aux dispositifs relatifs à la PSC, elles souhaitent aussi pour la plupart favoriser les agents aux revenus les plus modestes, par exemple en leur accordant des conditions préférentielles ou des montants de participation plus avantageux.

- **Une volonté de développer le dialogue social**
  - Comme pour l'action sociale, le débat avec les organisations syndicales autour de la protection sociale complémentaire est généralement perçu comme « constructif et positif » par les membres de l'administration des collectivités et par les élus en charge des questions relatives aux ressources humaines.
  - Au-delà de l'obligation du passage en comité technique, bien souvent, le sujet constitue aussi une occasion d'associer de manière plutôt consensuelle les représentants des personnels aux choix de la collectivité, pour débattre de l'utilisation d'une enveloppe financière qui s'avère finalement toujours « être un plus » pour les agents.

- Les collectivités en viennent même, dans une majorité des cas observés, à interroger directement les agents, par exemple au travers d'enquêtes sur leur niveau de protection face aux risques de santé, ou bien grâce à l'organisation de réunions d'information et de débat.

- **Une des réponses à l'enjeu croissant du « bien-être au travail »**
  - Face à la montée des situations de pénibilité au travail, d'usure professionnelle et de risques psycho-sociaux dans une part importante des collectivités, la PSC est considérée comme une mesure jouant un rôle important de prévention pour ce qui relève de la santé et aussi d'accompagnement des situations difficiles pour le risque de prévoyance, afin d'éviter que certains agents en arrêt prolongé n'en subissent trop lourdement les conséquences financières.

« *La PSC et l'action sociale forment un ensemble en cohérence avec d'autres dispositifs RH comme le maintien dans l'emploi suite à un arrêt de longue durée* »

## 2) L'attente du décret de novembre 2011

Beaucoup de collectivités ont fait part de leur attente très forte quant à la publication du décret en novembre 2011, annoncée de longue date. Lorsque la collectivité disposait d'un dispositif antérieur d'aide à la mutuelle ou à la prévoyance, cette attente se doublait de la préoccupation de se mettre en conformité sur le plan règlementaire pour ne plus être « *en dehors des clous* » et en situation d'insécurité juridique.

Certaines collectivités ont ainsi choisi d'anticiper la préparation de la mise en œuvre de la PSC avant la fin de l'année 2011 en l'inscrivant à leur agenda social à la suite des élections de 2008 ou 2010, en définissant parfois une ligne budgétaire dès le début de l'année 2011 pour accélérer et faciliter la mise en œuvre ultérieure.

La plupart se sont tenues informées des débats qui ont précédé la publication du décret par la veille interne assurée par les services juridiques, la DRH ou la Direction générale, mais aussi par le canal du centre départemental de gestion lorsque celui-ci est à l'initiative d'une action groupée sur son département. Les sources peuvent être parfois plus diversifiées : réseaux de DRH de différentes collectivités, sites d'établissements comme le CNFPT, alerte de représentants du personnel, mais aussi bien souvent des sollicitations des organismes prestataires soucieux d'occuper un terrain qui fait aussi figure de marché pour ces derniers.

« *Nous avons eu l'information par les mutuelles, le CDG, un peu tout le monde...* »

Néanmoins, comme nous l'ont signalé quelques collectivités, « *Le CDG n'est pas très présent sur le sujet* » dans certains départements et ne s'est donc pas occupé de relancer les collectivités sur la PSC, ni de les inviter à se regrouper dans une procédure d'appel d'offres commune.

De fait, certains centres de gestion n'ont pas mis en œuvre de convention de participation. L'étude a permis d'en comprendre les raisons :

**Le contexte**

Les centres de gestion n'ont pas d'information précise sur les actions des collectivités en matière de protection sociale complémentaire. Les éléments obtenus résultent généralement des informations transmises par le biais du comité technique.

Il semble que la majorité des collectivités ne soient pas engagées dans la protection sociale complémentaire. Celles qui sont engagées ont essentiellement recours à la labellisation.
Les centres de gestion qui n'exercent pas la mission optionnelle pour la protection sociale complémentaire estiment que les collectivités ont toujours cet instrument à disposition.

Le centre de gestion est moins enclin à agir si le territoire est déjà couvert, notamment par des mutuelles. En effet, dans ce cas, le besoin est moindre et les collectivités ont parfois la volonté de conserver leur prestataire (labellisation). Si les collectivités ne sont pas intéressées, le CDG n'est pas sollicité et il est plus difficile de se lancer dans le projet d'une convention de participation dont la mise en œuvre est lourde.

**Les principaux freins rencontrés par les collectivités :**

- L'ignorance ; il y a une certaine méconnaissance du dispositif. Certaines collectivités ont manqué l'information qui n'est pas remontée aux élus.
  Il faut relancer une communication active auprès des acteurs publics.
- La complexité de la matière est un frein important. De nombreuses petites collectivités n'ont pas les cadres pour étudier le dispositif.
- Le choix politique.
- Les finances. Les petites collectivités manquent de moyens (mais pas seulement), or une participation de l'employeur est nécessaire.
- Certaines collectivités craignent « d'aider les agents à être malades » ; des communes rurales pensent que cela accroit l'absentéisme.
- Une procédure lourde à mettre en œuvre ; il est plus simple de passer par la labellisation.
- Les élections municipales. Lors d'un nouveau mandat, la vision peut être différente de celle du prédécesseur, de même que les objectifs immédiats après avoir été élu peuvent être autres.

En outre, il y a un manque d'information du grand public sur les dispositions, celles du secteur du privé ne sont pas applicables et cela sème le trouble.

**Les principaux freins rencontrés par les CDG :**

- Certains centres de gestion n'ont pas les moyens de lancer une telle procédure, notamment en l'absence d'une sollicitation forte de la part des collectivités.
  Il faut un nombre minimum de collectivités sinon la mutualisation n'est pas intéressante et cela représente un risque pour le centre de gestion. Alors qu'en labellisation, la mutualisation est nationale. En effet, dans la convention, le contrat doit s'équilibrer entre cotisations et prestations. Il doit y avoir une demande forte pour s'engager. Il faudrait un certain nombre d'agents afin de limiter les risques et d'éviter un contrat déséquilibré.
- C'est un choix politique. Cela peut ne pas faire partie des orientations politiques du centre de gestion.
- La procédure est lourde, ce qui accapare beaucoup de temps et le personnel.
- Certains agents refusent car cela impacte leur rémunération si l'employeur participe faiblement.

Pour des collectivités non affiliées au centre départemental de gestion, par exemple des conseils départementaux ou régionaux, le montage des cahiers des charges et des procédures s'est réalisé en parallèle avec celui du CDG sans contact avec ce dernier, alors qu'il aurait été envisageable de le faire au moins pour un échange d'informations et de bonnes pratiques. Tout se passe donc comme si chaque collectivité, désireuse de garder sa libre administration, était finalement livrée à elle-même pour organiser la mise en œuvre d'une offre de PSC dans le cadre du décret, pourtant très complexe de l'avis unanime de nos interlocuteurs.

« *Il nous a semblé plus difficile de se mettre en conformité avec le décret que de créer une offre en partant de rien…* »

Cette complexité technique et juridique a nécessité une forte mobilisation des DRH pour mettre en œuvre les nouvelles dispositions du décret. Beaucoup de collectivités ont eu recours à une Assistance à Maîtrise d'Ouvrage (AMO) par l'intermédiaire d'un cabinet spécialisé ou d'un courtier. Pourtant, les frais supplémentaires induits par cet appui méthodologique ou technique semblent bien acceptés au regard des bénéfices obtenus pour faciliter la préparation et le suivi de la procédure d'appel d'offres dans le cas d'une convention de participation, ou bien encore pour répondre aux questions d'ordre technique avec les représentants du personnel dans les instances paritaires ou les groupes de travail créés sur le sujet. Des collectivités se sont même appuyées sur leur AMO lors de réunions d'information de leur personnel, en amont ou en aval de la mise en place d'une nouvelle offre de PSC. La contrainte des calendriers relatifs aux procédures d'achat public a aussi motivé fortement cette volonté d'expertise extérieure, de même pour les petites collectivités peu dotées en moyens RH qui se tournent presque toujours vers leur centre départemental de gestion à cette fin.

### 3) Les incidences nettement positives du décret

L'impression générale exprimée par la plupart des DRH ou des responsables chargés de la mise en œuvre de la PSC dans les collectivités rencontrées est bien celle d'une forte attente en vue d'une nécessaire clarification juridique, mais aussi pour entamer des négociations sur le montant et les modalités de la participation employeur dans le cadre du dialogue social avec les représentants du personnel et les élus de la collectivité.

Le besoin de mise en conformité juridique était particulièrement important dans le cas d'un contrat anciennement porté par un COS ou par une Amicale du personnel : « *Il y avait une attente forte du décret qui est venu clarifier et conforter la politique de la collectivité* »

Dans certains cas, le recours à un dispositif transitoire entre la sortie du décret et son intégration par la collectivité a été aussi nécessaire pour ne pas créer de rupture dans les prestations offertes aux agents : « *C'était une formule mixte entre le contrat de groupe confié au COS et une sorte de labellisation en interne à la collectivité...* »

De plus, en l'absence préalable de participation employeur, le nouveau cadre législatif a favorisé son adoption par les élus qui n'y étaient pas toujours favorables, surtout quand ces derniers sont issus d'un milieu professionnel éloigné de la fonction publique.

« *La publication du décret a permis d'ouvrir de nouvelles négociations avec les élus qui y étaient plutôt réticents, dans l'idée de ne pas donner un nouvel avantage social à des fonctionnaires ou de créer une dépense supplémentaire.* »

Enfin, dans certains territoires, la publication du décret a favorisé l'émergence de demandes de la part de collectivités qui se sont tournées vers leur CDG afin que celui-ci prenne l'initiative d'une démarche groupée. On peut observer cependant une tendance à la rivalité croissante entre certains CDG et les grandes intercommunalités implantées sur leur département (métropoles ou communautés urbaines ou d'agglomération) pour ce qui relève de la fonction RH et notamment pour la PSC, les collectivités qui sont à la fois affiliées à un CDG et membres d'une intercommunalité se tournant de plus en plus vers ces dernières pour ce qui concerne le conseil et l'appui à la mise en œuvre d'une offre de protection sociale complémentaire.

**Les centres de gestion qui ont mis en œuvre une convention de participation.**

**Leurs apports :**

- L'action du centre de gestion permet d'offrir une offre alternative et facilite également l'accès à une offre.
- Lorsqu'il y avait auparavant une couverture des collectivités par les mutuelles, le centre de gestion permet de maintenir une offre.
- La protection sociale complémentaire est un attribut pour attirer les agents. Le dialogue social permet une sensibilisation.

**Les modalités dans la mise en œuvre par les CDG**

Après la sortie des textes, les centres de gestion concernés ont mené une enquête pour faire un état des lieux autour de la PSC et afin d'évaluer les souhaits des collectivités. Le taux de retour était parfois très faible, dénotant le peu d'intérêt des collectivités. À l'inverse, certains centres de gestion ont rencontré directement un fort taux de réponse, ce qui a permis de consolider la démarche.

Les centres de gestion ont également organisé des réunions d'information auprès des collectivités afin qu'elles s'approprient le texte.
Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles n'ont alors pas eu le temps de s'imprégner du sujet dont les méconnaissances sont importantes.
Des enquête menées après coup ont reçu un taux de participation plus important, cela permet alors au conseil d'administration de se positionner et de lancer une procédure.

Le rôle mutualisateur du centre de gestion : c'est un domaine technique où même les centres de gestion ont recours à un actuaire.

De manière générale, un groupe de travail est créé pour se réunir autour du sujet, avec notamment des représentants syndicaux, des élus, des responsables ressources humaines. Les réunions se font en rapport avec l'élaboration du cahier des charges et sur la consultation.

Les projets sont soumis aux organisations syndicales par le biais du comité technique ou par la création d'une commission ad hoc.
L'ensemble des centres de gestion rapporte de bons échanges avec les organisations syndicales représentées et consultées.

Le choix d'intervenir en santé et/ou en prévoyance est effectué en fonction des habitudes de vie des agents.

**Les moyens de communication utilisés sont :**

- Réunions d'information ;
- Courriers ;
- Internet ;
- Phoning ;
- Publications sur le site du CDG ;
- Mailings ;
- Recensement les communes qui ne mettent pas en œuvre la PSC et relance de l'information auprès de ces dernières.

**Les offres**

Les offres proposées par les CDG sont assez hétérogènes, et sont généralement à géométrie variable, offrant différents standings de prestation.

La participation mensuelle se situe entre 1 et 30€.

**Chiffres de couverture des centres de gestion**

- CDG 28 : 134 collectivités et 4 700 agents.
- CDG 59 : 20 collectivités et 1 300 agents.
- CDG 79 : 267 collectivités et 4 600 agents.
- CDG 34 : 75 collectivités dont 2 collectivités ou établissements non affiliés (CNA) et 1 800 agents
- CDG 76 : 148 collectivités et 8 647 agents dont 4 906 adhérents.
- CDG 16 : 148 collectivités en prévoyance et 1 636 agents ; 50 CT en santé et 306 agents.
- CDG 42 : 107 collectivités dont 1 CNA
- CIG « Grande Couronne » : 200 collectivités en santé et 200 collectivités en prévoyance.

## 4) Une dialogue social participatif et positif

- **Une large information des agents par divers canaux**

La mise en place d'une offre relative à la PSC fait presque partout l'objet d'importantes campagnes d'information des agents, le plus souvent à travers des notes de service, des publications sur les supports de communication interne imprimés ou sur Intranet, ainsi que des courriers et plaquettes joints aux bulletins de salaire. Des réunions d'information peuvent être aussi organisées pour les personnels, le plus souvent avec l'AMO ou l'organisme prestataire retenu, mais aussi parfois sous forme de « forums » avec plusieurs organismes si la collectivité a choisi d'opter pour la labellisation, bien que certains représentants du personnel y voient plutôt « *une foire aux marchands du temple* ».

Dans les petites collectivités, l'information se fait de manière plus directe, par exemple dans le cadre d'entretiens bilatéraux hebdomadaires entre un agent et un DGS qui fait office de DRH. La communication repose aussi sur l'encadrement intermédiaire qui peut jouer un rôle de relais, notamment en direction des agents en situation de précarité ou de fragilité et qui n'aurait pas encore adhéré à un contrat de PSC.

Au vu de la complexité des offres de PSC, les responsables RH comme les représentants des personnels soulignent l'importance d'être le plus concret et pédagogique possible dans les documents

diffusés, avec des exemples de situation et de simulation de remboursement. Une part non négligeable des agents attendraient d'ailleurs des conseils sur le choix d'un contrat, mais les DRH ne peuvent leur répondre tant par manque d'expertise que par respect du principe de « non influence », surtout dans le cas de la labellisation.

Dans certaines collectivités, les organisations syndicales mettent un bémol sur l'importance des moyens déployés par les DRH en termes d'actions de proximité, notamment pour les agents géographiquement éloignés du siège administratif ou sans accès individuel aux outils informatiques. La question de l'information des agents nouvellement recrutés se pose parfois lorsqu'une convention de participation a été mise en place dans les années précédentes, sans qu'une nouvelle campagne d'information n'ait été effectuée.

- **Un dialogue social très nourri et participatif**

Les organisations représentatives des personnels sont généralement fortement associées à l'ensemble de la procédure dans le cadre des instances (comités techniques, comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) ou de réunions préparatoires et de suivi. Beaucoup de collectivités qui ont l'effectif leur permettant de disposer d'une représentation de leurs agents, ont mis en place une commission ou un groupe de travail dédié à l'instruction et au suivi de la mise en œuvre de l'offre de PSC et dans lesquels sont abordés notamment le choix des volets et des modes de gestion. Tous les acteurs reconnaissent la qualité de la préparation des dossiers, parfois avec l'aide d'une AMO comme on l'a vu précédemment, et des échanges autour d'un projet qui leur semble fédérateur et dans l'intérêt des agents.

Des enquêtes auprès de l'ensemble des agents peuvent être également réalisées à l'initiative des instances ou des groupes de travail pour connaître les situations et les besoins de couverture, en particulier sur le risque lié à la santé. Les taux de retour à ces enquêtes se situent généralement entre 50% et 70%, ce qui permet de disposer d'éléments d'aide à la décision relativement fiables.

Les élus en charge des questions relatives au personnel peuvent aussi s'impliquer en donnant des orientations, voire une « feuille de route », avec de grands objectifs, comme celui de couvrir la quasi-totalité des cotisations des agents aux plus faibles revenus, par exemple, ou des priorités pour la répartition de la participation employeur entre la santé et la prévoyance.

Le choix d'un montant forfaitaire unique plutôt que des tranches en fonction de la situation financière ou familiale de l'agent peut-être aussi mis en débat. Les positions peuvent à ce sujet être sensiblement différentes d'une collectivité à l'autre, voire d'une organisation syndicale à l'autre, certaines attribuant une plus grande équité de traitement dans le cas d'un montant forfaitaire unique tandis que les autres défendent l'idée d'une modulation selon les critères de revenus et de situation familiale. Mais les débats les plus vifs portent surtout sur les budgets et les montants de la participation employeur plutôt que sur les critères de modulation selon les revenus ou la situation familiale, avec des revendications plus ou moins fortes selon le contexte du dialogue social au niveau local.

« *La discussion sur le montant fait partie du jeu de la négociation, mais il fallait rester raisonnable par rapport à l'enveloppe budgétaire, cela reste de l'argent public.* »

## Synthèse des principaux constats et tendances

- La PSC renvoie à des enjeux et des finalités relevant de différents ordres :
    - Un engagement dans le cadre de la politique sociale de la collectivité.
    - Une contribution financière en compensation de la stagnation des rémunérations.
    - Une volonté de développer le dialogue social.
    - Une des réponses à l'enjeu croissant du « bien-être au travail ».
- Une forte attente du décret, notamment pour des raisons de mise en conformité et de sécurisation juridique.
- Un texte considéré comme complexe et nécessitant le recours à une expertise externe.
- L'occasion de l'ouverture de nouvelles négociations avec les élus de la collectivité dans le cadre d'un dialogue social généralement riche et constructif.
- Un besoin d'informer largement les agents avec des moyens conséquents.

En ce qui concerne les centres de gestion n'ayant pas engagé de protection sociale complémentaire :

- Beaucoup de collectivités ne sont pas engagées dans le dispositif de la PSC ;
- La labellisation reste majoritaire ;
- Les CDG attendent une sollicitation forte des collectivités pour lancer le projet d'une convention de participation ;
- Principaux freins : méconnaissance, complexité du dispositif et lourdeur de la procédure.

S'agissant des centres de gestion ayant engagé une protection sociale complémentaire :

- L'action du CDG permet d'offrir une offre alternative et facilite également l'accès à une offre ;
- La communication et l'information réalisées auprès des collectivités est essentielle ;
- Il s'agit d'un domaine technique impliquant le recours à une assistance ;
- Les organisations syndicales sont toujours sollicitées ;
- Forte hétérogénéité des offres ;
- Meilleur rapport entre le tarif et les prestations rendues.

## Une grande diversité de mise en œuvre

La liberté d'application offerte par le décret de 2011 sur la PSC est pleinement utilisée par les différentes collectivités rencontrées, tant sur le choix des volets couverts et des modes de gestion que sur le niveau et les critères de la participation employeur.

### 5) Labellisation ou convention de participation

Des choix guidés par trois types de critères :

- **L'influence des contextes historiques locaux**

Les collectivités s'inscrivent généralement dans la continuité de leur politique sociale relative aux personnels et dans le cadre des dispositifs existant avant la publication du décret de 2011. La convention de participation est ainsi souvent choisie lorsque la collectivité était dotée d'un contrat de groupe pour les risques santé ou prévoyance, alors que celles qui n'en disposaient pas sont plus enclines à opter pour la labellisation, ou à se joindre à un contrat de groupe proposé par leur centre départemental de gestion.

- **Des orientations politiques pour le choix des volets et des montants de la participation**

Selon l'histoire et les politiques sociales de la collectivité, les priorités peuvent être données à la santé ou à la prévoyance, parfois aux deux sans vraie distinction. Pour beaucoup de collectivités, il existe une volonté politique soutenue par les élus en charge des questions sociales ou des personnels de faire de la PSC un dispositif d'insertion et protecteur pour les agents, notamment ceux qui sont les plus fragiles dans leur situation professionnelle ou personnelle. Certaines collectivités peuvent même se montrer particulièrement généreuses en offrant des niveaux de participation allant jusqu'à 100% des cotisations pour les agents aux revenus les plus faibles. L'absence de tarifs suffisamment avantageux dans un contrat négocié par un centre départemental de gestion peut également inciter une collectivité à mettre en œuvre son propre dispositif.

Le cadre de l'intercommunalité permet aussi de réaliser certains ajustements sur les choix relatifs à la PSC en comparant ceux déjà effectués par différentes collectivités, mais sans aller pour l'instant jusqu'à une véritable harmonisation des modalités et des niveaux de participation employeur qui restent encore l'apanage de chaque collectivité. On remarque néanmoins que la « ville centre » sert souvent de modèle aux communes membres qui souhaitent proposer une offre de PSC à leurs agents. La « ville centre », généralement la mieux dotée en moyens et en ressources humaines, donne le tempo dans les procédures de mise en œuvre et aussi la tonalité dans les choix possibles entre les différents types de dispositifs. Ce souci de cohérence peut néanmoins tendre à l'uniformisation, dans un sens plus ou moins favorable aux agents comme nous le verrons par la suite (cf. Infra *Les perspectives d'évolution et les enjeux stratégiques de la PSC*, page 28).

*« Si nous avions demandé quelque chose de très différent de ce qui existe dans les communes membres, on risquait de se faire retoquer ».*

Si des rapprochements entre collectivités membres d'une même intercommunalité peuvent aboutir à l'écriture d'un cahier des charges commun pour la mise en place d'une convention de participation, les contrats resteront distincts et propres à chaque collectivité, à moins d'une mutualisation de la gestion des personnels au sein d'une seule collectivité employeur.

- **Des critères relevant de la gestion administrative**

La recherche de simplicité dans la gestion administrative, en accord avec les moyens de la collectivité, guide également les choix relatifs à la PSC. Dans les petites collectivités pour lesquelles le centre départemental de gestion ne propose pas d'offre groupée, la labellisation apparaît le plus souvent comme une solution plus facile à mettre en œuvre que la convention de participation. L'homogénéité ou l'hétérogénéité des profils des agents entre également en ligne de compte dans le choix de la labellisation et de la convention de participation. Les collectivités ont ainsi tendance à préférer la labellisation lorsque les situations d'âge ou familiale de leurs agents sont trop différentes pour satisfaire tous les cas de figure dans le cadre d'un contrat relevant de la convention de participation.

Le choix de la convention de participation est quant à lui généralement présenté par les services gestionnaires au sein des DRH comme garantissant une « *meilleure maîtrise* » et apparaît donc plus rassurant que la labellisation pour la collectivité employeur pour plusieurs raisons :

- Obtenir un meilleur rapport qualité prix par la négociation du contrat par le jeu de la mise en concurrence ;
- Limiter les risques financiers en ayant une meilleure visibilité sur le nombre d'adhérents dont l'estimation est précisée dans la convention ;
- Gérer directement les relations avec le prestataire en cas de difficultés sur certains dossiers ou en cas de délais de traitement trop importants, ce qui semble plus protecteur pour les agents aux yeux des collectivités qui adoptent la convention de participation.

« *Avec la labellisation, la collectivité aurait aidé ceux qui sont déjà en capacité de s'y retrouver parmi les contrats et aussi de s'aider eux-mêmes !* »

Cependant, des collectivités ont pu rencontrer des difficultés dans la gestion des dossiers des agents par certains opérateurs dans le cadre d'une convention de participation, notamment dans les délais de versement des prestations aux agents. Ces difficultés, qui peuvent aller parfois jusqu'à créer un contentieux juridique, peuvent amener une collectivité à reconsidérer son choix de la convention de participation une fois cette dernière arrivée à échéance. Il n'y a pas d'information aussi précise sur la labellisation.

### 6) <u>Une ouverture maximale aux bénéficiaires</u>

Toutes les collectivités interrogées ont affirmé leur volonté de couvrir tous les agents permanents, titulaires ou non, au sein de leur offre de PSC. Cet objectif rejoint aussi celui de couvrir un nombre d'agents suffisamment élevé pour garantir l'équilibre d'un contrat dans le cas d'une convention de participation.

Les contrats de courte durée, en général lorsqu'elle est inférieure à 6 mois, ainsi que les contrats de droit privé ne sont cependant pas toujours pris en compte pour des raisons techniques de gestion. Pourtant, certaines collectivités font l'effort d'intégrer les agents relevant de ces contrats, notamment suite aux modifications apportées à leur offre après la publication du décret de 2011 :

*« La base a été élargie à toutes les catégories, y compris les contractuels et les contrats de droit privé, emplois d'avenir et apprentis. »*

Pour la plupart des collectivités, quels que soient leurs effectifs ou leur nature, une attention particulière est généralement portée aux agents ayant les plus faibles revenus, en cohérence avec la logique de politique sociale dévolue à la PSC. Elles se donnent ainsi l'objectif de couvrir près de 100 % de la cotisation de ces agents grâce à la participation employeur. Plus rarement, des mesures de « *discrimination positive* » peuvent être mises en place pour compenser un statut peu favorable dans certains métiers. C'est le cas par exemple des assistants familiaux relevant d'un conseil départemental qui se sont vus proposer un contrat spécifique adapté à leur statut très précaire.

Dans le jeu des équilibres budgétaires et financiers qui s'imposent pour déterminer l'enveloppe dédiée à la PSC, les agents de catégorie A ou les agents à plus haut niveau de revenus voient souvent diminuer le montant de la participation employeur qui leur est attribuée.

« *Les catégories A touchent moins qu'avant, mais n'ont pas de revendication exprimée ouvertement.* »

La question d'une offre de PSC en direction des agents retraités rencontre peu d'échos dans les collectivités interrogées. Pourtant, même si les retraités ne sont pas concernés par la prévoyance, beaucoup de collectivités proposaient par le passé à leurs agents retraités des contrats portés par un COS ou une association du personnel et qui leur étaient plutôt favorables, avec une participation employeur non négligeable. Celles-ci ont dû y renoncer pour se mettre en conformité avec le décret de novembre 2011. L'idée d'une compensation de ce changement généralement défavorable aux retraités n'est pas toujours évoquée ni même mise en débat dans les instances paritaires, ou alors en se restreignant à l'hypothèse d'une inclusion à une convention de participation sans bénéfice de la participation employeur.

« *La question des retraités ne s'est pas posée. Ils sont peu nombreux et n'ont aucune demande…* »
« *Ce n'est pas trop la priorité.* »

<u>On peut constater des choix variés selon les collectivités dans le traitement de la situation des retraités</u>
Certaines collectivités ont souhaité, malgré les termes du décret, ne pas inclure les retraités dans le même contrat que leurs agents en activité afin de proposer une cotisation à un coût abordable pour les familles. Dans d'autres collectivités, les retraités peuvent cependant adhérer à un contrat santé négocié par la collectivité ou par un COS, mais sans bénéficier de la participation employeur autrement que par l'effet indirect de conditions tarifaires négociées par la collectivité.

## 7) <u>Modes de participation pour les risques Santé et Prévoyance</u>

La liberté d'application permise par le décret de 2011 semble pleinement utilisée par les collectivités, dans le cadre délimité par les textes et selon les choix politiques, historiques ou techniques que nous avons analysés précédemment. Il en résulte une très grande variabilité de critères et de niveaux de participation à la PSC et donc une très grande diversité de retours pour les agents selon leur collectivité employeur.

En plus de choisir de couvrir un ou deux des risques liés à la PSC et d'opter pour la labellisation ou la convention de participation (l'un ou l'autre pouvant s'appliquer sur des risques différents pour une même collectivité), les collectivités peuvent soit verser un montant forfaitaire unique, quelle que soit la situation des agents, soit introduire des critères de revenus ou de situation familiale. Ces derniers vont moduler sensiblement le niveau de la participation employeur, en cherchant le plus souvent à privilégier les agents aux revenus les plus modestes.

Le nombre de tranches ou de catégories de situation qui en découle peut être très différent, de deux à six en général, mais peut aller jusqu'à 32 niveaux de participation différents pour une même collectivité ! La référence prise en compte pour établir le revenu ou la situation familiale peut elle aussi varier selon les collectivités, entre l'avis d'imposition ou le traitement indiciaire (avec ou sans intégration du régime indemnitaire), le nombre d'enfants à charge ou la situation de parent isolé. Dans les régions d'Alsace et de Moselle, les agents peuvent aussi se retrouver dans des situations différentes selon qu'ils cotisent au régime local ou général de sécurité sociale. Le tableau de la page suivante illustre cette diversité dans le cas des communes interrogées dans notre échantillon.

**Tableau : Critères et niveaux de la participation employeur dans le cas des communes rencontrées, selon leurs effectifs** (nombre d'agents)

| Effectifs de la commune | Santé | | Prévoyance | |
|---|---|---|---|---|
| | **Labellisation** | **Convention de participation** | **Labellisation -** | **Convention de participation** |
| **Supérieur à 1000 agents** | Participation en 3 tranches selon les revenus (25 / 18 et 10 € mensuel) | | | Forfait unique de 20 € net mensuel |
| | | 2 niveaux de participation selon que l'agent est en famille ou isolé (respectivement 24 € et 12 € mensuel) | | Forfait unique de 4 € mensuel |
| **De 500 à 1000 agents** | | Montant variable selon formules et enfant(s), de 20 à 30 € mensuel | Forfait de 14 € mensuel | |
| | 6 niveaux de participation employeur selon le traitement indiciaire et selon la présence d'enfants (de 24 à 2 € mensuel) | | | Forfait de 10 € par mois et par agent |
| | | | | Forfait de 120 € brut par an et par agent, au prorata temporis si recrutement en cours d'année |
| **Moins de 500 agents** | Forfait de 25 € brut mensuel | | Forfait de 5 € brut mensuel | |
| | Forfait de 9,15 € brut mensuel | | | Prise en charge de la totalité de la cotisation |
| | | | Forfait de 6 € brut par agent pour les contrats labellisés | |

Il est difficile d'établir une corrélation entre la « richesse » de la collectivité et le montant de la participation employeur versée pour la PSC à partir de notre échantillon, tant les facteurs historiques et politiques peuvent l'influencer. Mais on peut relever que la plupart des collectivités, y compris les établissements et les conseils départementaux ou régionaux, ont tendance à verser un forfait unique à leurs agents pour le risque Prévoyance, ce qui est plus rarement le cas pour le risque Santé.

## 8) Définition et gestion du budget alloué à la PSC

La détermination de l'enveloppe financière donnée à la PSC est souvent définie sur la base d'une adhésion de la quasi-totalité des agents qui peuvent en être bénéficiaires. S'agissant de son montant, rares sont les collectivités qui considèrent que la participation de l'employeur ne doit pas être trop élevée pour ne pas inciter à l'absentéisme. Ce risque apparaît en effet très minime aux yeux de la plupart des collectivités interrogées. Celles-ci soulignent bien au contraire que l'effort fait pour la PSC engendre un bénéfice pour la santé des agents et donc tend à lutter contre une possible augmentation de l'absentéisme.

Même si le budget réservé à la PSC est généralement très inférieur à celui de l'action sociale, l'écart entre l'enveloppe prévisionnelle et le budget consommé peut être important en raison des freins rencontrés à l'adhésion des agents notamment celui de la faible participation de l'employeur.

« *On avait prévu large, mais un peu à l'aveugle.* »

La gestion du reliquat résultant de cet écart peut entrainer des débats entre la collectivité et les organisations syndicales qui souhaitent un retour des sommes non distribuées aux agents. Trois cas de figure ont pu être observés à ce sujet :

- Le report sur le budget de l'action sociale, généralement sur les crédits dédiés aux aides et secours ;
- La redistribution en cours d'année des montants non versés en augmentant la participation employeur et donc en diminuant le coût de la cotisation pour les agents. Mais cette solution, a priori généreuse, peut créer un dilemme pour les agents qui n'avaient pas adhéré à une offre de PSC sur la base des tarifs précédents et qui peuvent se sentir lésés par cette redistribution rétroactive...
- L'intégration dans le budget général de la collectivité.

**La question de l'introduction d'un mécanisme de révision budgétaire relatif à la participation employeur** est portée par certaines organisations syndicales et reprise par quelques DRH, mais elle reste encore peu présente dans les débats au moment de nos entretiens. S'il semble pourtant communément admis que la tendance à la hausse des dépenses de santé qui pèse sur les mutuelles peut très vraisemblablement les pousser à augmenter leurs tarifs ou à diminuer leurs remboursements, l'idée d'une indexation de la participation employeur sur les cotisations commence à peine à faire son chemin tant les collectivités sont aux prises avec une logique de prudence budgétaire dans tous les domaines.

Quelques collectivités mentionnent la possibilité d'un retour financier sur l'investissement réalisé pour la PSC, les fonds alloués à la PSC permettant, selon elles, de diminuer les demandes de secours au service social, ce qui tendrait à créer une forme d'équilibre budgétaire pour la collectivité.

## Synthèse des principaux constats et tendances

- Une forte influence des contextes historiques locaux, des choix politiques et des critères de gestion administrative sur les modalités de mise en œuvre.
- Des montants et des critères de versement de la participation employeur très variable d'une collectivité à l'autre.
- Une gestion plus ou moins redistributive du solde de l'enveloppe budgétaire allouée à la PSC.
- L'introduction d'un mécanisme de révision budgétaire du montant de la participation employeur est posée dans certaines collectivités, mais ne semble pas encore à l'ordre du jour.

## B. Bilan et perspectives

Les avis exprimés par la plupart de nos interlocuteurs sur la mise en place de l'offre de PSC dans leur collectivité dans le cadre du décret de 2011 sont très largement positifs, tant sur le plan quantitatif (hausse du nombre de bénéficiaires ou des catégories d'agents bénéficiaires de la participation employeur) que sur le plan qualitatif (meilleur niveau des garanties proposées sur les risques relatifs à la santé et à la prévoyance). Le bénéfice sur le plan financier pour les agents est aussi de mise, grâce à une participation de l'employeur généralement supérieure à ce qu'elle était dans les dispositifs antérieurs. Certaines observations ou situations viennent cependant nuancer cette satisfaction d'ensemble et poser des questions d'ordre juridique ou politique pour l'avenir.

### 1) Des bilans relativement mitigés en termes de nombre d'agents bénéficiaires

Beaucoup de collectivités rencontrées disent manquer encore de recul pour faire un bilan quantitatif depuis la publication du décret et surtout depuis sa mise en œuvre à travers un nouveau dispositif. Certaines d'entre elles l'ont même rendu effectif au 1er janvier 2014, voire 2015. Il semble néanmoins, en tendance, que la majorité des collectivités, quel que soit leur type, enregistrent un taux d'adhésion proche de 50% tant pour le volet consacré au risque santé que pour celui relatif à la prévoyance. Seules les petites intercommunalités parviennent à un taux de couverture aux alentours de 100% de leurs agents, en raison principalement du contact direct entre ces derniers et leur DGS ou DRH pour les informer et les relancer si besoin sur leurs droits à la PSC.

Quelques collectivités atteignent cependant leur objectif de couverture maximale de leurs agents en situation de précarité ou de faibles revenus, le plus souvent pour le risque santé. Dans la plupart des collectivités, les marges de progrès en termes de nombre d'agents bénéficiaires sont donc encore réelles et les services des DRH s'emploient généralement à cibler les catégories d'agents sous-représentées parmi les bénéficiaires de la PSC pour procéder à des relances, dont les effets restent encore difficiles à mesurer.

La transition entre deux types de dispositifs ou la mise en place d'une offre totalement nouvelle s'accompagne en règle générale d'une relative stabilité du nombre d'adhérents ou de bénéficiaires, avec une très légère augmentation dans le meilleur des cas, mais sans adhésion massive sur la première ou les deux premières années. Ces changements peuvent aussi affecter certains agents qui peuvent ne plus bénéficier de la participation employeur en restant attachés à leur contrat précédent, celui-ci ne remplissant pas les conditions de solidarité. De même, les agents retraités de certaines collectivités peuvent ne plus percevoir d'aide financière autrement que par le reversement d'une association du personnel, voire en constituant leur propre association comme il nous l'a été rapporté dans une collectivité interrogée.

### 2) Les principaux freins à l'adhésion des agents

A la lumière des entretiens réalisés dans le cadre de l'enquête, les freins à l'adhésion des agents à une offre de PSC sont relativement nombreux et de nature diverse :

- **La situation du conjoint** : Un agent peut ne pas adhérer à l'offre de PSC qui lui est proposée et renoncer du même coup au bénéfice de la participation employeur lorsque son

conjoint a déjà souscrit un contrat auprès d'une mutuelle par l'intermédiaire de son employeur ou parce que son contrat semble plus avantageux que celui proposé par la collectivité. Cette explication est signalée comme étant l'un des freins les plus importants à l'élargissement du nombre de bénéficiaires selon les collectivités rencontrées. La généralisation de l'obligation d'adhésion dans le secteur privé au 1er janvier 2016 ne peut qu'accentuer cette tendance.

- **L'âge et la situation familiale des agents** : la jeunesse et l'absence d'enfant à charge ne favorisent pas l'adhésion à un contrat relevant de la PSC, tant sur le risque santé que sur celui de la prévoyance. Certains agents relativement jeunes et sans charge de famille préfèrent ainsi ne pas souscrire à un contrat de complémentaire santé au vu de leurs faibles besoins médicaux et ne se posent pas la question du risque lié à la prévoyance en cas d'accidents et d'arrêts de travail dépassant le seuil des 90 jours.
- **La durée et la nature des contrats de travail** : l'enquête a relevé que la majorité des collectivités n'intègrent pas les contrats de courte durée, en général inférieur à 6 mois, ni les contrats de droit privé dans leur offre de PSC. La précarité des agents au regard de ces deux types de situation s'en trouve donc accentuée par l'absence du bénéfice de la participation employeur.
- **L'information sur l'offre de PSC** : la complexité de l'offre de PSC ne permet pas à tous les agents de se repérer aisément parmi les offres existantes, surtout dans le cas de la labellisation et malgré les efforts déployés par les collectivités (cf. supra : *Une forte volonté d'informer et d'associer les agents*). Même si les collectivités consacrent des moyens souvent non négligeables à l'information de leurs agents au moment de la mise en place d'une nouvelle offre, elles sont moins nombreuses à effectuer des relances ou des rappels par la suite.
- **Le montant de la participation de l'employeur** : la majorité des représentants des personnels rencontrés ont un point de vue critique sur le niveau financier de la participation employeur qui ne leur semble pas assez incitatif pour de nombreux agents. L'étude ne permet pas de dégager un ratio moyen entre le montant de la participation perçu par un agent et celui de sa cotisation, mais certaines collectivités l'estime à environ 20% pour la plupart de leurs agents, à l'exception de ceux aux plus faibles revenus qui bénéficient souvent d'un effort financier relativement plus important de la part de leur collectivité.
- **La fiscalisation de la participation employeur** : l'intégration dans le salaire imposable de la part des cotisations prises en charge par l'employeur apparaît comme peu incitative pour les petits salaires et les temps partiels.
- **La complexité administrative en cas de changement de contrat** : les collectivités soulignent la difficulté rencontrée par certains agents à se lancer dans une procédure administrative de changement de contrat qui leur permettrait pourtant de bénéficier de la participation employeur, aussi en raison des démarches et du manque de lisibilité entre les garanties proposées entre les différents contrats. L'obligation de souscription à un contrat de prévoyance dans les six mois est aussi considérée comme un frein à l'élargissement du nombre de bénéficiaires.

### 3) Rôles et positionnements des principaux acteurs : DRH, Elus et OS

Les trois grandes catégories d'acteurs interrogées dans cette étude ont des points de vue plutôt convergents pour ce qui est d'œuvrer à la construction d'une offre de PSC qui soit la plus avantageuse pour les agents, en tenant compte des contraintes financières, du contexte historique et

des caractéristiques des agents propres à chaque collectivité. Leurs rôles et leurs positionnements sont bien évidemment différents et peuvent être présentés de manière synthétique de la manière suivante.

**Des DRH fortement mobilisées, à plusieurs niveaux :**

- La préparation d'un dispositif et son pilotage dans le cadre du dialogue social nécessite un travail conséquent sur plusieurs mois, voire plusieurs années, même si beaucoup de collectivités choisissent de recourir à une AMO ou de passer par l'intermédiaire de leur centre départemental de gestion.
- L'information des agents, surtout au lancement d'une nouvelle offre, plus rarement pour effectuer une relance sur certaines catégories d'agents sous-représentées parmi les bénéficiaires.
- La gestion des dossiers, en particulier dans le cas de la labellisation afin de recueillir et traiter les attestations annuelles d'adhésion à un contrat.
- Au final, certains services des DRH ont l'impression d'être confrontés à un calendrier très serré avec des échéances annoncées qu'il leur faut tenir impérativement, quitte à engendrer une tension importante au sein de leurs équipes.

« *On a eu quelques cheveux blancs pour ne pas prendre un an de retard...* »

**Des élus plus ou moins impliqués :**

- Certains élus en charge des ressources humaines ou des personnels, voire certains maires, donnent à la PSC une valeur et des objectifs à la hauteur de la politique sociale qu'ils souhaitent conduire pour favoriser la santé et prévenir les situations de précarité de leurs agents.
- D'autres montrent un intérêt plus relatif quant à la PSC, voire une certaine réticense, surtout pour les élus issus d'un milieu professionnel éloigné de la fonction publique et attachés à la maîtrise de la masse salariale de leur collectivité.
- Dans la plupart des collectivités, le portage politique de la PSC est assuré par l'organe exécutif, les élus accordant une délégation et une autonomie importante pour les modalités de mise en œuvre à leur DGS ou à leur DRH.

**Des organisations syndicales aux revendications hétérogènes :**

- Les revendications des représentants des personnels portent surtout sur le niveau financier de la participation employeur et sur le type de dispositif (labellisation ou convention de participation), plus rarement sur le détail des contrats et des prestations médicales remboursées.
- Le contexte de la collectivité et l'historique du dialogue social peuvent engendrer des positionnements différents entre organisations syndicales sur certains aspects de la PSC, par exemple au sujet des avantages de la labellisation ou de la convention de participation. Il en résulte une relative hétérogénéité des positions que l'on observe même parfois entre des représentants d'une même organisation syndicale mais élus dans des collectivités différentes.
- L'attention des élus du personnel peut se porter plus ou moins fortement en direction de certaines catégories d'agents, toujours selon les contextes locaux et les relations construites historiquement avec celles-ci (agents des collèges ou des lycées, retraités, contractuels, etc.).

## 4) Perspectives d'évolution et enjeux stratégiques de la PSC

Malgré les contraintes financières de plus en plus fortes qui pèsent sur les collectivités et les restructurations territoriales, toutes celles qui ont été interrogées pensent maintenir leur budget alloué à la PSC. Elles ont ainsi le souci de respecter leurs objectifs découlant d'une politique sociale en faveur de la prévention des risques relevant de la santé ou de la prévoyance, dans un contexte où la recherche d'efficience tend également à augmenter la charge de travail des agents. Cette volonté est partagée tant par les responsables des services RH que par les élus. Certains s'interrogent cependant sur le maintien à l'identique du niveau de la participation employeur par agent en cas d'augmentation du nombre de bénéficiaires, les marges de manœuvre étant relativement faibles, voire inexistantes.

Les risques d'abus sur les remboursements en santé ou de hausse de l'absentéisme avec l'introduction d'une offre de prévoyance avantageuse ne suscitent que peu de remarques. Ils semblent donc très minimes du point de vue quantitatif, selon les déclarations des responsables RH, par rapport aux bénéfices attendus de l'offre de PSC.

« *Il faut faire confiance aux médecins et ne pas pénaliser les agents de bonne foi. La collectivité dispose d'une assurance statutaire pour les cas litigieux, toujours identifiables au bout d'un certain temps.* »

La plupart des acteurs ont une **attente de simplification ou de meilleure lisibilité du cadre légal** découlant du décret de 2011 qui leur semble très technique et complexe. Beaucoup de collectivités ont ainsi recours à un prestataire extérieur ou au centre départemental de gestion, lorsque celui-ci est mobilisé sur la PSC, pour la préparation et le pilotage d'un nouveau dispositif. Certaines collectivités souhaitent par ailleurs des éclaircissements ou des réponses d'ordre juridique à des situations particulières :

- Besoin de clarifier la notion de « solidarité intergénérationnelle » mentionnée dans le décret de 2011, mais qui ne semble pas compréhensible par tous, dans la mesure où les retraités sont exclus du champ de la participation employeur.
- La difficulté de se repérer parmi les contrats labellisés est soulignée et regrettée par la plupart des acteurs, tant les comparaisons entre contrats s'avèrent impossibles pour les agents de par leur nombre et l'absence de critères communs de présentation.

S'agissant des centres de gestion, certains ont aussi relaté l'intérêt qu'il y aurait à assouplir le cadre législatif. Il faudrait élaborer une réflexion sur l'ouverture éventuelle du contrat afin de pouvoir intégrer des collectivités en cours de contrat. Cela est complexe puisque les assureurs font leurs offres en fonction du nombre de collectivités à l'origine. Il faut donc peser le pour et le contre d'une procédure plus ouverte.

- Est-ce qu'utiliser le mode du bon de commande afin de permettre aux collectivités d'adhérer au fur et à mesure est possible ? Est-ce que cela rend le fonctionnement plus efficace ? Le candidat doit pouvoir établir un volume… mais il reste regrettable que la procédure soit si fermée.

- On peut envisager de distinguer les petites collectivités et les grandes.
  Il serait pertinent que le texte évolue afin de permettre aux collectivités de moins de 50 agents de rejoindre aux conditions du contrat et ce seulement en milieu de mandat, pour les trois années restantes. Cela aurait pour conséquence un portefeuille élargi. Le système

est verrouillé, alors que l'arrivée de petites communes a peu de conséquences pour le prestataire.

- La question se pose de savoir si de telles hypothèses peuvent-être viables au regard de la commande publique. En effet, comment évaluer le risque alors que la commande peut être amenée à changer en cours de route ?

**Le caractère non obligatoire de la PSC** et de la participation employeur suscite un débat avec des positions très diverses selon les catégories d'acteurs et le contexte des collectivités. Il oppose globalement les partisans du principe de libre administration des collectivités d'un côté et, de l'autre, ceux qui mettent en avant la protection des agents et la prévention des situations difficiles. La définition dans le cadre réglementaire d'un socle minimal de l'offre de PSC ou d'un encadrement des montants de la participation de l'employeur est demandée par certains, mais d'autres s'y opposent pour ne pas ajouter des contraintes supplémentaires ou davantage de complexité dans la mise en œuvre.

*« L'idée d'un socle minimum pour la PSC est intéressante, mais elle se heurtera aux inégalités de ressources des collectivités. »*

*« L'obligation de souscription à la PSC serait une bonne chose en tant qu'employeur pour éviter les situations difficiles, mais le problème est de rendre obligatoire une cotisation avec le gel du point d'indice et l'obligation de maîtrise de la masse salariale. »*

*« Rendre obligatoire la PSC permettrait une couverture de tous les agents »*

*« Autrefois, on avait une mutuelle en entrant directement dans la fonction publique, c'était automatique et cela permettait de mettre les agents à l'abri. On n'est pas tous égaux face aux ennuis de santé. »*

*« Attention à ne pas aller trop loin dans les directives au risque de renforcer la concentration déjà à l'œuvre des organismes autour de deux ou trois grands réseaux qui imposeront leurs conditions, comme dans la grande distribution... »*

*« Il faut rester dans le principe de la libre administration pour que les textes s'adaptent aux structures et pas l'inverse ! »*

**Les incidences des transferts d'agents et des mutualisations ou des fusions** en cours ou à venir alimentent de nombreuses interrogations auxquelles aucune collectivité n'a pu apporter de réponse au moment de notre enquête, y compris au sein de conseils régionaux déjà engagés dans un processus de fusion dans le cadre de la réforme territoriale en cours. Si tous les acteurs se demandent comment se fera l'alignement des dispositifs et des niveaux de la participation, il ressort néanmoins de nos entretiens que la PSC n'apparaît pas à l'heure actuelle comme prioritaire dans les discussions sur l'harmonisation des politiques RH.

*La collectivité ne peut employer des agents avec des régimes différents, mais s'il s'agit d'adopter le système le plus avantageux pour les agents en théorie, cela va dépendre aussi du poids relatif de chaque collectivité, ainsi que de l'histoire de chaque collectivité, en fonction des moyens budgétaires... »*

*« La PSC n'est pas considérée comme un acquis en cas de transfert d'un agent d'une collectivité à une autre. Et qu'en sera-t-il, par exemple, pour les agents qui étaient mis à disposition dans le cadre d'une délégation de service public non reconduite ? »*
*« Le cadre intercommunal peut redonner un nouvel élan, en incluant les agents qui n'ont aucune couverture et en alignant les dispositifs vers le haut. »*

Les regroupements entre collectivités font néanmoins naître un intérêt croissant pour la (re)négociation de conventions de participation plus favorables aux collectivités et à leurs agents, par l'effet de la hausse du nombre des adhérents à un contrat, surtout dans les conseils départementaux et régionaux qui semblent les plus avancés dans cette réflexion.

En ce qui concerne les centres de gestion il semble intéressant de développer des partenariats avec les autres centres de gestion. Cela permet de réaliser une mutualisation soit sur l'assiette, soit sur la réalisation du cahier des charges. Cela est d'autant plus intéressant que l'intérêt de la démarche au titre d'un centre de gestion avec peu de collectivités intéressées n'est pas démontré. Cela renforce l'intérêt d'une éventuelle ouverture du contrat.

- Il a été évoqué la possibilité de prévoir une spécificité pour avoir l'avis d'un seul comité technique dans le cadre d'une mutualisation entre centres de gestion.

Par ailleurs, les entretiens menés par la FNCDG ont fait apparaître certaines réflexions sur la possibilité d'un alignement sur le secteur privé où la participation est devenue obligatoire au 1er janvier 2016. Dans le secteur public, l'adhésion est facultative, ce qui est ardu à gérer. Cela entraîne des problèmes pour les calculs et les prévisions des risques.

**Synthèse des principaux constats et tendances**

- Une forte satisfaction sur les avancées permises par le décret de 2011 pour les agents.
- Des bilans relativement mitigés en termes de nombre de bénéficiaires, en particulier dans les collectivités de taille importante.
- Des freins de nature diverse qui tiennent à la fois aux caractéristiques des agents, au niveau de la participation employeur et aux aspects administratifs entourant la PSC.
- Des acteurs plutôt engagés dans l'impulsion et la mise en œuvre de l'offre de PSC, surtout du côté des DRH et des organisations syndicales.
- Une volonté de maintenir l'effort financier en faveur de la PSC malgré le contexte financier difficile.
- Une attente de clarification du cadre réglementaire et de certains aspects juridiques.
- Un débat « politique » sur le caractère obligatoire ou non de la PSC ou sur la définition d'un socle minimal.
- Une forte interrogation quant aux incidences des dynamiques de mutualisation et de fusion sur l'offre de PSC et son éventuelle harmonisation.

A l'issue des conclusions de l'enquête qualitative matérialisée par la synthèse ci-dessus, les membres de la Formation spécialisée n°4 du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale ont souhaité auditionner directement les responsables de collectivités afin de recueillir leurs témoignages sur les effets de terrain.

# II. LES AUDITIONS

Des auditions représentatives de la diversité du territoire qui se sont déroulées dès 2014 (Centre interdépartemental de gestion « Petite Couronne » et « Grande Couronne » de la région d'Ile de France) puis en 2016.

## A. Principales thématiques mises en avant par les CDG

L'audition des centres de gestion de la Seine Maritime, du Rhône et de la Métropole de LYON ainsi que le centre interdépartemental de gestion de la Grande Couronne et de la Petite Couronne ont permis de distinguer les principales thématiques suivantes :

1. Quelle sont les procédures choisies ? selon quelles modalités ?
2. Quelle participation de l'employeur ?
3. Effets positifs
4. Quelles sont les difficultés rencontrées ?
5. Quelles sont les pistes de progrès ?

Mais avant, nous allons procéder à une présentation de ces structures.

**CDG Rhône**

Mme TALER-LEONARD, directrice du pôle santé du centre de gestion du Rhône et de la métropole de Lyon procède à la présentation de la structure.

Elle souligne que le centre de gestion 69 est un établissement hautement mutualisateur, il s'adresse à 50.000 agents territoriaux dont 12.000 exercent leur activité dans les 420 collectivités affiliées.

Elle explique que :

- 28.000 agents sont suivis dans le domaine de la prévention et des conditions de travail,
- 30.000 en médecine préventive en prévention.

Il est à noter que 225 collectivités adhèrent au service assistance juridique non statutaire, ce dernier est optionnel et payant.

**CDG Seine Maritime**

M. MAILLET, directeur général du centre de gestion de la Seine-Maritime, précise que ce CDG compte 1081 collectivités affiliées dont 711 communes et 285 EPCI avec une grande ville qu'est Rouen. Il s'agit d'une équipe constituée de 70 agents en charge de 15.000 carrières à gérer, 25.000 personnes sont suivies en médecine préventive.
Dans ce cadre, un travail est notamment conduit avec la région pour organiser des opérations de prévention dans les collèges. Outre les missions obligatoires portant sur le conseil statutaire, la gestion administrative et statutaire à l'aide d'une plate-forme juridique, l'activité est aussi axée sur la gestion prévisionnelle des emplois ; celle-ci est exercée principalement avec les concours, le recrutement, la « mission mobilité, handicap et reclassement ». Il précise qu'un travail énorme a été

fait sur la collecte des bilans sociaux mais aussi sur la licence professionnelle « Métiers de l'administration territoriale » avec l'université de Rouen. Il fait référence à un taux d'employabilité de la licence professionnelle de 100 %, action qui représente une charge financière conséquente supportée par le centre de gestion.

**Centre interdépartemental de gestion de la Grande Couronne et de la Petite Couronne**

Mme SORET-VIROLLE est directrice générale adjointe (DGA) du CIG de la Grande Couronne de la région d'Ile de France. Elle rappelle qu'il s'agit un établissement public local à caractère administratif assurant les missions d'expertise pour l'application du statut des fonctionnaires territoriaux. A ce titre, il gère leurs carrières et organise les concours et examens professionnels. Il accompagne au quotidien plus de 1000 collectivités territoriales et établissements des Yvelines, de l'Essonne et du Val d'Oise. Celui de la Petite Couronne est représentée par Mme GIBERT, directrice générale adjointe, il couvre trois départements : les Hauts de Seine, la Seine St Denis et le Val de Marne.

1) **Quelles sont les procédures choisies ? selon quelles modalités ?**

CDG 69 et métropole de LYON

Le CDG 69 a élaboré et porte plusieurs contrats collectifs mutualisés pour ces collectivités et leurs agents, ainsi notamment :

- 192 collectivités employant 6.500 agents, celles-ci ont adhéré au contrat collectif d'assurance statutaire contre les risques financiers liés à l'absentéisme des agents ;
- 126 collectivités employant 11.500 agents ont mandaté le centre de gestion pour conclure pour leur compte une *convention de participation en santé et/ou en prévoyance.*

Face à cette demande, les employeurs territoriaux ont été sensibilisés en amont sur les enjeux de la protection sociale complémentaire, le centre de gestion a organisé des réunions de présentation sur les deux modalités de participation : la labellisation et la convention de participation.

La procédure :
Une délibération du centre de gestion a acté le lancement de la démarche de convention de participation sur les deux risques santé et prévoyance le 15 mars 2012.
Un comité de pilotage représentatif des différentes strates de collectivités mais aussi de la diversité des besoins des agents a été chargé de suivre le projet, le dispositif. Un expert en protection sociale a été missionné et le comité technique paritaire a été consulté aux différentes phases de choix de l'employeur.
Un calendrier détaille le processus (annexé).

Modalités et choix :
Parmi les 11 mutuelles candidates pour le risque santé et 8 en prévoyance, les critères de choix issus du décret du 8 novembre 2011 (exclusion du risque de « dumping ») ont abouti à conclure deux conventions de participation. Elles ont porté sur les deux risques santé et prévoyance.

Le choix de la convention de participation reflète la situation dans le département du Rhône. Il s'avère que sur les 458 collectivités et établissements publics du département, 191 collectivités ont mis en place une participation employeur (soit 42 %) répartie de la façon suivante :

- 101 en prévoyance exclusivement,
- 7 en santé uniquement,
- 83 en prévoyance et santé.

- La convention de participation est majoritaire pour couvrir les deux risques :
  - 59 % pour la prévoyance, sans modulation pour 66 %
  - 55 % pour la santé, sans modulation pour 64 %.

## CDG de la Seine Maritime

M. MAILLET témoigne de son expérience en matière de prévoyance via la convention de participation.

La procédure :
Le lancement de la mise en œuvre de la convention pour le risque prévoyance a été effectué fin 2012, un juriste avait en charge ce projet. Un courrier d'information a été transmis aux collectivités accompagné d'un modèle de délibération portant mandat au centre de gestion pour la mise en œuvre de la consultation. Pour parfaire cette information, deux réunions ont été organisées à destination des collectivités en janvier 2013 ; puis une présentation a été faite en février auprès du comité technique.
Un assistant à la maîtrise d'ouvrage a été choisi pour la procédure de consultation ; une commission mixte composée de représentants des personnels et des employeurs s'est réunie à deux reprises afin de mieux connaître les besoins en termes de prévoyance et d'établir les garanties susceptibles de figurer dans le cahier des charges. 180 collectivités territoriales ont donné mandat en mai 2013 au centre de gestion via les délibérations prises.

Modalités et choix :
Après l'avis d'appel public à la concurrence et la remise des offres des prestataires, une analyse est effectuée et l'opérateur choisi est la MNT, jugée solide, fiable ayant la capacité de mettre en œuvre une action soutenue. Les collectivités en sont informées, un courrier leur est adressé précisant la procédure à suivre pour adhérer à la convention de participation du centre de gestion. Lors de la tenue des 5 réunions d'information expliquant la désignation de l'opérateur et les conditions de la convention de participation, leur organisation est faite en collaboration avec la mutuelle choisie.
La convention de participation pour le risque prévoyance est signée le 1er octobre 2013, la MNT met en place une équipe de 10 collaborateurs pour contacter chacune des collectivités ayant donné mandat au centre de gestion.

Les caractéristiques de cette convention de participation sur la prévoyance ne comportent pas de limite d'âge, pas de questionnaire médical jusqu'au 31 décembre 2014 et sans délai de stage avant le 1er juillet 2015

## CIG Grande Couronne

Mme SORET-VIROLLE est DGA du CIG de la Grande Couronne. Elle rappelle que la politique menée s'inscrit dans un cadre plus large d'accompagnement social des agents. Elle précise qu'il y a un potentiel de 100.000 agents.

Elle ajoute qu'il s'agit aussi de renseigner les employeurs sur les deux dispositifs : labellisation ou convention de participation. Elle précise que du point de vue des centres de gestion, il n'y a pas de positionnement préférentiel sur la labellisation ou la convention de participation. Mais la valeur ajoutée des centres de gestion réside principalement dans la mise en œuvre de contrats mutualisés.

Dès la parution de la première liste des contrats labellisés publiée le 31 août 2012, une mise en place d'une convention de participation a permis à 287 Collectivités territoriales représentant 40.000 agents à donner mandat. Dès le 1er janvier 2013, 192 Collectivités territoriales ont adhéré, réparties pour le risque « santé » à hauteur de 132 et 175 en prévoyance. Ces chiffres confirment le sens de l'histoire : on constate un plus grand nombre d'agents couverts en santé (à quasi 96%) qu'en prévoyance (seuls 30 à 40% des agents sont couverts). Il apparaît nécessaire d'offrir des conditions facilitant la couverture de ce risque. Elle fait observer que 69 collectivités ont bénéficié d'une réduction de taux correspondant au risque « prévoyance » au 1er janvier 2014.
Une seconde consultation a été lancée début 2014 pour des collectivités qui n'avaient pas eu le temps fin 2012 d'engager une procédure et de mettre en œuvre leur dialogue social. Sur 97 collectivités représentant 9.500 agents, 46 collectivités ont adhéré. Le rapport du nombre d'agents adhérents sur le potentiel est en santé de 1 à 10 et en prévoyance de 1 à 3. Les opérateurs sont « Harmonie Mutuelle » en santé et « Intériale » pour le risque « prévoyance ».

Mme SORET-VIROLLE donne des informations sur la composition de l'offre « maximale » qui comprend :
les soins courants de l'ordre de 150 % TRSS généralistes/spécialistes
100 % pour les médicaments
250 % pour les prothèses
110 % pour l'orthodontie
150 % des honoraires chirurgicaux
Optique : forfait de 200 € verres complexes et simples

Elle précise que les travailleurs sociaux sont mis à contribution afin d'inciter les agents à contracter une assurance santé.

## CIG Petite Couronne

Madame GIBERT, directrice générale adjointe du CIG Petite Couronne, partage le constat effectué par Mme SORET-VIROLLE (CIG Grande Couronne) et délivre des données chiffrées intéressantes sur les agents qui ont adhéré d'abord pour le risque santé et ensuite celui couvrant la prévoyance en petite couronne.

<u>Risque santé (Harmonie mutuelle) :</u>
Sur 300 Collectivités territoriales, 107 ont adhéré.
16.000 assurés ayant droits compris en santé - en moyenne 1,1 ayant droit par agent
(14.000 en prévoyance)
L'âge moyen des agents est de 44 ans
Coefficient familial de 2.1
Un socle a été proposé et 90 % ont choisi l'offre « plus ». Les adhérents sont unanimes sur cette prestation très supérieure en matière de remboursement.

Remboursement moyen sur un an pour un adhérent se décompose ainsi :
En formule socle, il est de 84,13 € (hors remboursement du ticket modérateur)

En formule « plus » le remboursement moyen est de 197 € et 280,83 € de surcote (prestation supérieures)

Le contrat le mieux remboursé est celui correspondant à l'optique-dentaire, les données 2013 consolidées en février font apparaître :

48 % adhérents
14 % conjoints : 5 % des couples avec quatre enfants et +
39 % enfants : le pic c'est un couple avec un ou deux enfants

Un suivi par commune est effectué, une sorte de veille afin de mettre en place, s'il y a lieu, de la prévention.

Risque prévoyance (Intériale) :

Les indemnités journalières sont perçues à compter du 90ème jour, une formule « pack » regroupant les indemnités journalières – invalidité couplée à une option « complément de retraite » a été offerte. La collectivité choisit le pack ou la formule à la carte.

Le pack permet d'apporter une grande sécurité, le risque pris par l'assureur est lié à une souscription de cette formule auprès des agents jeunes. Après un an, le premier bilan montre que l'effet mutualisateur a bien joué : 97 % du salaire est perçu, l'employeur a pu choisir la prise en compte des primes ou se limiter au seul salaire pour éviter toute incitation à l'absentéisme.

Par ailleurs, à l'intérieur du pack, 31 % des agents ont rajouté le complément retraite, la moyenne d'âge des adhérents est de l'ordre de 47 ans ; avec le complément retraite il est de 48 ans.

## 2) Quelle participation de l'employeur ?

S'agissant du CDG du Rhône et de la métropole de Lyon, 27 collectivités sur 91 ont mandaté le CDG pour le risque « santé ». Elles ont adhéré à la convention de participation représentant un effectif de 6.300 agents assurables.

Finalement, 1.337 agents sont couverts au 31 décembre 2015, un taux de mutualisation de 35,4 % et 2.500 personnes protégées via la convention « santé ». Le montant moyen de la participation employeur est de *23,13 €* allant d'un minimum de 1 € jusqu'à 95 € (la moyenne mensuelle départementale est de 24,52 €).

Quant à la convention de participation en prévoyance, elle concerne 101 collectivités sur les 114 ayant mandaté le centre de gestion, soit un potentiel de 9.136 agents.

Au final, 7.609 agents sont couverts au 31 décembre 2015, cela équivaut à un taux de mutualisation de 83,6 %. Le montant de la participation des employeurs va de 1 € à 55 €, la moyenne du centre de gestion s'élève à 10,28 €, somme plus élevée que la moyenne départementale (9,57€).

Concernant le CDG de la Seine Maritime et sa convention de participation pour le risque prévoyance, le choix a porté sur 3 points :

1. Le niveau de couverture
    a. 1 « indemnités journalières »
    b. 2 « indemnités journalières » + invalidité
2. La fixation de l'assiette de cotisation
    a. Traitement brut indiciaire + NBI brute
    b. Traitement brut indiciaire + NBI brut + régime indemnitaire brut
3. La fixation de l'assiette de prestation pour le régime indemnitaire à
    a. 0% du régime indemnitaire net
    b. 47,50 % du régime indemnitaire net

c. 95 % du régime indemnitaire net.

Soit un taux de participation sur le salaire brut qui se décline ainsi :

| COLLECTIVITE | MOINS DE 11 AGENTS | | DE 11 A 149 AGENTS | | 150 AGENTS ET + | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Garanties collectives | 95%TIN + 0% RI ou 47,50% RI | 95%TIN + 95%RI | 95%TIN + 0% RI ou 47,50% RI | 95%TIN + 95%RI | 95%TIN + 0% RI ou 47,50% RI | 95%TIN + 95%RI |
| **Niveau 1 (IJ)** | 0,66% | 0,69% | 0,81% | 0,85% | 0,86% | 0,91% |
| **Niveau 2 (IJ+Inval)** | 1,25% | 1,31% | 1,52% | 1,60% | 1,62% | 1,70% |

Bilan des choix effectués :

- Pour les collectivités
  - 149 collectivités ont adhéré sur les 180 qui avaient donné mandat, soit 82,77 %
  - 5.028 agents adhérents

- Pour la participation moyenne mensuelle et par agent : 11,60 €
  - Niveau 1 «indemnités journalières »: 8,61 €/mois/agent
    - Soit 82 collectivités représentant 4.414 agents (88%)
  - Niveau 2 « indemnités journalières » + invalidité : 15,81 €/mois/agent
    - 37 collectivités représentant 614 agents (12 %).
- Répartition par couverture du régime indemnitaire :
  - 0% du RI : 61 collectivités soit 2.212 agents
  - 47,5 % du RI : 34 collectivités soit 1.130 agents
  - 95 % du RI : 54 collectivités soit 1786 agents.

Quant au CIG de la Grande Couronne, il est intéressant d'observer que parmi les collectivités qui sont entrées dans le dispositif, elles sont réparties dans toutes les strates, affiliées ou non au centre de gestion. Il s'agit d'un panel très équilibré des différentes types de collectivités pouvant fixer un montant de participation au minimum de 1 €, cette somme minimale permet aux agents d'accéder à des conditions attractives et bien mutualisées ; la moyenne est de 10 €.

### 3) Effets positifs

Parmi les interlocuteurs, la représentante du CDG du Rhône et de la métropole de Lyon a constaté des avantages certains :

- Une augmentation réelle de la couverture en prévoyance dans les collectivités ;
- L'accès à une protection santé complémentaire de base grâce à la participation employeur et aux conventions de participation ;
- Un dispositif qui contribue à renouveler le dialogue social autour de problématiques fondamentales partagées tant par les employeurs que par les agents. Les échanges sont particulièrement riches et constructifs ;
- Un dialogue permettant aussi aux bénéficiaires de s'approprier les enjeux et modes de fonctionnement complexes de la PSC, une meilleure approche de la gestion des risques entre

employeurs et agents, un suivi et un pilotage grâce aux données de l'opérateur peuvent être mis en place.

- La possibilité d'obtenir des garanties plus favorables aux agents à un coût relativement maîtrisé via les conventions de participation, notamment des centres de gestion, qui sont fortement mutualisateurs.

Mme TALER-LEONARD fait remarquer qu'en santé il suffit de 300 agents pour mutualiser, c'est très favorable.

Quant au CDG de la Seine Maritime, M. MAILLET souligne l'expérience pédagogique issue de ce travail notamment dans le cadre de la commission composée de représentants membres du comité technique paritaire et d'agents désignés par les organisations syndicales au sein des CAP. Il fait remarquer que l'employeur participe financièrement ; les collectivités sont davantage incitées dans ce contexte à aider leurs agents.

Par ailleurs, la mutualisation permet une tarification attractive. Cet aspect a été particulièrement souligné par les représentantes des CIG Grande et Petite Couronne ; Mme SORET-VIROLLE a notamment précisé que la négociation avec les opérateurs a permis de proposer des tarifs mutualisés attractifs ; les agents se sont orientés vers une très bonne couverture permettant en santé de couvrir avec un bon niveau de remboursement les soins courants, pharmacie, hospitalisation ainsi que l'optique et le dentaire (option 3 maximale). Et en prévoyance le principe du pack regroupant l'incapacité, l'invalidité et le décès a reçu les faveurs des agents dès lors que la collectivité a opté pour ce dispositif plutôt qu'une assurance à la carte avec au choix la couverture de l'un des risques ; elle précise qu'un avenant a permis en santé aux collectivités de disposer d'une année supplémentaire pour adhérer afin de renforcer l'effet mutualisateur au sein du contrat.

### 4) <u>Difficultés rencontrées</u>

Quant à ces difficultés, le CDG 69 a fait part des principales :

- ✓ L'impossibilité pour les centres de gestion de construire des conventions de participation couvrant plusieurs départements malgré l'accord et l'intérêt des collectivités.

- ✓ La complexité du dossier « PSC » rend indispensable un travail pédagogique auprès des collectivités.

- ✓ Les imprécisions juridiques du dispositif notamment la durée minimale de l'adhésion des collectivités ainsi que les limites aux possibilités d'adhésion découlant des règles des marchés publics.

- ✓ La difficulté d'atteindre l'objectif de solidarité intergénérationnelle pour le risque santé en raison d'un faible nombre de retraités adhérents. La possibilité d'accéder aux bases de données de la CNRACL permettrait d'y remédier.

- ✓ Il existe peu de moyens pour inciter l'employeur à participer davantage à cette protection sociale : aucun minimum requis.

De façon complémentaire, M. MAILLET du CDG de Seine Maritime évoque les difficultés suivantes :

- ✓ Les collectivités ne peuvent adhérer à la convention de participation si elles n'ont pas mandaté le centre de gestion auparavant. Or, un dispositif juridique peut apparaître opportun dans certains cas de figure.

- ✓ A titre d'exemple, les collectivités se réunissant en commune nouvelle ne peuvent rejoindre la convention de participation. Des intercommunalités vont prochainement fusionner : un accompagnement par le centre de gestion de la reconfiguration en cours sera utile, y compris dans le domaine de la prévoyance.

- ✓ Les agents doivent patienter un an pour adhérer s'ils n'ont pas souscrit lors de la mise en place de la convention. En cas de mobilité, il n'y a pas de portabilité de la couverture.

- ✓ L'obligation d'adhésion des agents au dispositif aurait pu permettre de mutualiser les risques avec pour avantage la diminution du coût de la cotisation. Ainsi, l'ensemble des agents aurait pu être couvert par la garantie minimale « indemnités journalières ».

Mme SORET-VITROLLE (CIG Grande Couronne) fait remarquer que malgré un contexte budgétaire contraint, le délai laissé aux Collectivités territoriales a été très court. De plus, concernant le risque « prévoyance », on constate que des incompréhensions subsistent car cela peut apparaître comme un facteur favorisant l'absentéisme.
Elle évoque les difficultés de résiliation des contrats ; c'est un courrier que doit rédiger l'agent qui suscite de la crainte ; de même les tracasseries administratives liées au tiers payant. La CPAM doit être informée du changement d'opérateur. Les difficultés administratives occasionnées par un changement d'opérateur couvrant le risque santé constitue un véritable frein.

Mme GIBERT (CIG Petite Couronne) fait observer que les Pouvoir Publics ont modifié la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) s'appliquant sur les contrats, elle est passée de 9 à 14 %, soit une augmentation de 5 points qui n'est pas sans incidence. Une négociation a dû avoir lieu afin d'éviter une surcote ainsi que des effets d'aubaine, un délai de carence a été mis en place. Malgré les campagnes régulières d'information menées tant par les DRH que les mutuelles, les résultats restent décevants, les jeunes ne prennent pas la prévoyance, la prise de conscience est faite lors d'un accident. Jusqu'à présent, les agents qui y souscrivent ont plus de 40 ans.

Malgré des difficultés rencontrées, les retombées positives de ce dispositif sont nombreuses.

### 5) <u>Pistes de progrès</u>

Les représentantes des CIG Petite et Grande Couronne ont fait part de la nécessité de donner davantage d'information sur la prévoyance, il faut expliquer aux agents le statut sur l'incapacité, le contenu technique ; cette assurance constitue souvent une dépense supplémentaire chez les agents car ils n'étaient auparavant pas couverts. Des exemples précis et une explication technique permettent d'intéresser les agents.

En outre, il est nécessaire d'être vigilant sur la labellisation et les dérives des contrats labellisés. Il a été notamment constaté que certains contrats « prévoyance » n'acceptaient pas les agents de plus de 50 ans.

Par ailleurs, M. MAILLET évoque les raisons de l'absence de convention de participation pour le risque santé au sein de son CDG de la Seine Maritime. Il fait référence à une enquête conduite du 17 août au 30 septembre 2015 auprès de 1.124 collectivités du département de la Seine Maritime avec un taux de retour de 30 %. Il s'avère que 71 % des collectivités territoriales emploient des agents

couverts par une complémentaire santé à titre individuel. 80 % des collectivités ne participent pas financièrement à la couverture de ce risque. Seules 3 collectivités sur 10 envisageaient de mandater le centre de gestion pour la mise en place d'une convention de participation pour le risque « santé » et 42 % des collectivités sont indécises.

De plus, il précise que les intercommunalités peuvent contribuer au développement de la protection sociale dans la mesure où une harmonisation des politiques RH sera incontournable à l'issue des fusions.

## B. Opérateurs

### 1) Mutualité de la fonction publique (MFP)

M. BRICHET (président de la MFP) présente la MFP qui est constituée de 21 mutuelles ou unions de mutuelles professionnelles relevant du code de la mutualité, issues des trois fonctions publiques : état, territoriale et hospitalière. Il livre quelques chiffres clés, à savoir :

1. au titre du régime obligatoire la MFP regroupe 5 millions d'assurés et ayants-droit représentant 6 milliards d'euros de prestations versées par an ;
2. au titre du régime complémentaire : 3,9 millions d'adhérents actifs et retraités soit 6,3 millions de personnes protégées et plus de 3,3 milliards de prestations servies (vie et non vie).

La répartition des effectifs par type de fonction publique au 31 décembre 2015 est de :

- 2.953.223 adhérents pour la FPE, soit 75 % ;
- 85.000 adhérents pour la FPH, soit 2 %
- 877.144 adhérents pour la Fonction publique territoriale, soit 22 %.

La MFP constitue aussi un réseau de 26 délégations régionales réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain et dans les DOM, animé par 743 militants élus. Il ajoute qu'il s'agit d'un mouvement social porté notamment par des militants bénévoles et impliqués.
Les principales missions sont détaillées : il évoque le rôle de représentation et de défense des intérêts de ses membres auprès des décideurs publics, des parlementaires, des employeurs publics constitués par des administrations, hôpitaux et collectivités territoriales mais aussi des partenaires du monde de la santé et de la mutualité, des acteurs des institutions européennes voire internationales.
L'union de la mutualité de la fonction publique est un acteur majeur pour :

- l'amélioration des droits sociaux des agents publics actifs et retraités issus des trois versants ;
- la promotion d'un modèle solidaire de protection sociale unique couplant la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie et du régime complémentaire santé/prévoyance des fonctionnaires actifs et retraités, fondé sur la mutualisation des risques et des personnes au sein d'un même champ professionnel ;
- l'éducation à la santé notamment en partenariat avec la CNAM (campagnes nationales de prévention) et la CNAV pour des actions innovantes en faveur des retraités fonctionnaires par des stages de simulation de conduite, des contrôles visuels et auditifs, l'aide aux aidants.

Ce travail est effectué en lien direct avec les représentants syndicaux de fonctionnaires pour valoriser le modèle de la PSC mais aussi fidéliser les agents.

M. BRICHET (président de la MFP) rappelle le dispositif juridique ayant abouti à la mise en œuvre de la PSC ainsi que les objectifs du législateur qui étaient de :

- → Donner la possibilité aux collectivités territoriales d'aider leurs agents à financer leur protection sociale complémentaire dans le cadre d'aides de l'Etat à caractère social ;
- → Atteindre un objectif social et ainsi remédier au sous équipement de la population territoriale notamment en matière de garantie de maintien de revenus (lutte contre la précarité) et conforter la mutualisation intergénérationnelle entre les agents actifs et retraités en santé ;
- → Supprimer les distorsions de concurrence car la participation peut être accordée à tout opérateur susceptible de satisfaire l'objectif social poursuivi ;
- → Définir une procédure d'attribution de ces aides car il ne s'agit pas d'un marché public mais d'une procédure euro-compatible.

Il ajoute que le cadre juridique mériterait d'être amélioré et stabilisé. Sa mise en œuvre est réalisable grâce aux deux procédures alternatives et complémentaires en vigueur constituées par la labellisation et la convention de participation qui nécessiteraient aussi des adaptations. Avant de donner la parole à M. GIANAZZA, président de la MNT, il livre une extraction de données « MNT, Intériale et MGEN » indiquant 877.144 agents territoriaux couverts, cette répartition se fait à hauteur de 37 % de retraités et de 63 % d'actifs.

M. BRICHET fait observer qu'en matière de protection sociale complémentaire, l'Etat finance 5 milliards d'euros dont seulement 50 millions sont consacrés aux agents publics. Il indique qu'un dispositif fiscal simple permettrait de répondre à la problématique globale d'iniquité des citoyens dans l'accès à une protection complémentaire : le crédit d'impôt.

Il souligne l'intérêt des transferts solidaires entre actifs et retraités qui seuls permettent la mutualisation de l'ensemble des risques ; il ajoute que le crédit d'impôt permet la portabilité de la couverture ainsi que le libre-choix des agents.

En outre, M. BRICHET indique que la mutualisation des risques constitue la force du modèle de protection sociale porté par les mutuelles MFP.

a. Mutuelle nationale territoriale (MNT)

M. GIANAZZA (président de la MNT) complète les données chiffrées, il explique que la MNT représente 491.000 adhérents en santé et 436.000 en prévoyance ; elle est la première mutuelle de la fonction publique territoriale et accompagne 16.000 collectivités locales. Ainsi, si les agents sont plutôt bien assurés en matière de santé, il en va différemment pour la prévoyance ; en effet 1 agent sur 2 s'avère non couvert. Une évolution favorable est constatée car précédemment c'était 1 agent sur 3. Il regrette que peu de jeunes souscrivent pour assurer ce risque, un accident de la vie peut survenir et aboutir à une situation de précarité. Le décret de 2011 sur la PSC a été à cet égard insuffisant, il n'a pas permis d'améliorer cette situation. De plus, certains employeurs territoriaux craignent que la prévoyance favorise l'absentéisme malgré sa prise d'effet uniquement à compter du 3ème mois d'absence. Des comportements opportunistes existent, ils ont pour conséquence de surenchérir le risque. Un nouveau modèle limitant les risques doit être trouvé par l'ensemble des acteurs. C'est une priorité.

M. GIANAZZA fait remarquer qu'un grand nombre d'agents sont couverts par le contrat du conjoint en santé mais n'ont rien en prévoyance. Si on ne découple pas, ces agents ne pourraient pas s'inscrire en prévoyance ; il ajoute que la généralisation de l'ANI va accroître ce phénomène.

Par ailleurs, M. GIANAZZA indique qu'il dénombre parmi ses adhérents 44 % en santé et seulement 18 % pour le risque couplé « santé/prévoyance ». Il fait observer que le parallèle fonction publique d'état & fonction publique territoriale n'est pas évident car la fonction publique territoriale a été créée que depuis 1984. Il est nécessaire de tenir compte de l'historique. A priori, le copier/coller n'est pas à favoriser. Il souligne le caractère obligatoire réservé à l'action sociale et pas à la PSC. Il déplore les effets pervers avérés qui démontrent la nécessité d'améliorer ce décret et, en particulier, la circulaire qui l'avait accompagné.

M. GIANAZZA souligne que la relation de confiance est aussi un élément de choix.

b. Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)

M. LAFOND (Vice-président MGEN) présente sa mutuelle, historiquement il s'agit d'une mutuelle de l'Etat qui compte 100.000 agents de la Fonction publique territoriale avec l'arrivée des TOS. Il considère la santé comme un tout qui intègre aussi l'action sociale et la dépendance. Il illustre cette situation par un nombre de 120.000 adhérents avec une cotisation inférieure à 29 € par mois qui comprend :

- l'action sociale ;
- la dépendance ;
- la santé
- et la prévoyance.

Il s'agit d'un principe d'offre couplée avec un niveau de mutualisation élevée qui a ses limites.
S'agissant du niveau de participation et la position de la CGT sur un montant inférieur à 1 €, il indique qu'au Ministère de l'éducation nationale, la participation s'élève à 0.60 centimes d'euro par agent. Il ajoute que ce couplage santé-prévoyance figure dans le référencement de l'éducation nationale et appelle à la vigilance quant à l'offre liée à l'ANI qui se profile.
Quant à la mise en œuvre de l'ANI, il constate que le raz de marée prédit n'a pas eu lieu.
Concernant l'Outre-mer, il stipule que la MGEN est bien représentée à Mayotte sans être pro active sur ce territoire.

c. INTERIALE

M. BEAUBAT (Président d'Intériale) précise qu'il est au service des agents, rappelle que son rôle est d'éclairer, de fournir des informations pour créer un partenariat entre la collectivité, les agents et Intériale. Il détaille les principales missions de sa mutuelle :

1. Accompagner les collectivités dans leurs réflexions sur la protection sociale de leurs agents ;
2. Proposer des solutions adaptées aux besoins des agents et dans le respect des attentes de la collectivité ;
3. S'adapter aux différentes possibilités autorisées par la réglementation pour permettre aux collectivités de mettre en place une PSC au profit de leurs agents.

Il explique qu'effectivement on peut s'interroger sur une faible participation de l'ordre d'1 € pour certains ministères ; toutefois il fait remarquer que cela constitue un début de dialogue. Il ajoute qu'un ministère n'a pas fait de référencement, celui de l'Intérieur ;

Il évoque :

- le label « senior » réservé au plus de 65 ans et ne voit pas où l'on se dirige ;
- la taxe de solidarité additionnelle avec le passage à 14 % pour les contrats non responsables ;
- le renforcement des critères du contrat responsable (limitation des dépassements d'honoraires et l'encadrement des prises en charge d'optique) ;
- l'évolution législative de la sécurité sociale (changement d'optique tous les deux ans) sans aucune possibilité de prise ;
- le changement intervenu dans la fiscalité, l'assimilation aux entreprises.

Par ailleurs, s'agissant de la proposition visant à rendre obligatoire la couverture prévoyance des agents, il fait remarquer que les textes législatifs représentent une histoire et la nécessité d'en tenir compte. En effet, la Constitution dispose que les collectivités s'administrent librement, laissant à chacune d'entre elles la liberté de mettre en place les dispositifs d'accompagnement social en fonction de leurs besoins. Concernant l'augmentation de la couverture des TOS, il souligne l'investissement des DRH et des organisations syndicales pour informer les agents.

M. BEAUBAT signale que la portabilité constitue un argument supplémentaire, elle est très appréciée lors d'une mobilité. Par ailleurs, il fait part de la situation générée par le courtage lors des appels d'offres ; il précise que les courtiers ne sont pas porteurs de risques. Dans le cadre du décret du 8 novembre 2011, il était précisé qu'ils ne devaient pas être retenus comme organismes de protection sociale complémentaire. Ils offrent dans un premier temps des contrats très attractifs qui leur permettent d'obtenir le marché puis leurs tarifs augmentent d'environ 40 %, il illustre ce cas par l'exemple d'un courtier qui a remporté plusieurs contrats sur l'agglomération lyonnaise.

De plus, M. BEAUBAT fait référence aux contrats responsables qui intègrent la CMU, et évoque l'aide à la complémentaire santé (ACS). A ce sujet, il regrette qu'aujourd'hui, la législation ne permette pas à un agent territorial éligible à l'ACS de garder le bénéfice de cette aide sur l'offre labellisée ou celle définie dans le cadre d'une convention de participation.

# III. PRECONISATIONS

**Promouvoir la protection sociale complémentaire par une information active**

Par les acteurs institutionnels représentés par les employeurs publics, organisations syndicales, centres de gestion, FNCDG et associations : AMF – ADF – ARF

Il s'agit de :

- Relancer une communication active.
- Expliquer l'offre de PSC, les modalités et les risques couverts ; sa complexité ne permet pas à tous les agents de se repérer aisément parmi les offres existantes, surtout dans le cas de la labellisation et malgré les efforts déployés par les collectivités
    - Effectuer des relances d'information ciblées, destinées aux agents sous-représentés parmi les bénéficiaires.
    - Intégrer une présentation du dispositif « PSC » mis en place par la collectivité dans le cadre des journées d'accueil aux nouveaux arrivants.
    - Informer les agents sur le délai de 6 mois pour s'inscrire dans un contrat, les alerter sur la nécessité de ne pas dépasser ce semestre.
- Organiser un débat annuel dans chaque instance délibérative et consultative sur l'offre « PSC », que l'offre ait ou pas été mise en place.

S'agissant des pouvoirs publics, il apparaît nécessaire de :

- Clarifier la notion de « solidarité intergénérationnelle » mentionnée dans le décret de 2011, qui ne semble pas compréhensible par tous.

- Informer que le contrat de prévoyance (maintien de salaire) n'accroit pas l'absence des agents, au vu des études déjà réalisées.

- Rappeler que les dispositifs de couverture santé concourent chacun à leur manière, et, en particulier lorsqu'il y a un accompagnement par des actions de prévention, à limiter l'absence pour raison de santé.

**Simplifier le dispositif réglementaire**

- Simplifier, améliorer la lisibilité du cadre légal découlant du décret de 2011 qui est très technique et complexe. Beaucoup de collectivités ont ainsi recours à un prestataire extérieur ou au centre départemental de gestion, lorsque celui-ci est mobilisé sur la PSC, pour la préparation et le pilotage d'un nouveau dispositif.

- Présenter les offres « PSC » via des rubriques prédéterminées afin de faciliter la lecture. En effet, la difficulté de se repérer parmi les contrats labellisés est soulignée et regrettée

par la plupart des acteurs, tant les comparaisons entre contrats s'avèrent difficiles pour les agents de par leur nombre et l'absence de critères communs de présentation.

- Assouplir le cadre législatif afin de permettre aux collectivités d'intégrer un contrat en cours : préconisation destinée aux contrats-cadres des CDG ou des intercommunalités.

- L'Etat doit trouver à travers des aides des conditions de financement incitatives favorisant le développement de la « PSC » dans un souci d'égalité de traitement des agents dans les collectivités.

- Intégrer systématiquement les contrats de travail de courte durée, en général inférieurs à 6 mois, ainsi que les contrats de droit privé dans l'offre « PSC » des collectivités ainsi que le prévoit la réglementation en vigueur.

- Harmoniser les politiques RH face aux incidences des transferts d'agents et des mutualisations.

# IV. CONCLUSION

Cette réflexion sur la PSC a permis de voir l'implication de chacun des acteurs : les collectivités, les centres de gestion et les divers opérateurs. Même si le paysage est encore contrasté, on a pu constater une progression de ce dispositif et une volonté de le développer.

Il est sûr que l'on est pour l'instant dans un dispositif qui n'est pas totalement achevé au regard de la situation de certains agents ; on a d'ailleurs pu observer durant l'enquête un certain nombre de freins à leur adhésion. Pour l'avenir, il sera important de trouver des solutions aux freins identifiés qui recueillent l'accord à la fois des organisations syndicales et des employeurs publics.

Il n'en demeure pas moins que c'est un sujet majeur de dialogue social pour les collectivités et les centres de gestion.

Les principales préconisations reposent d'abord sur la nécessité de mieux faire connaître ces dispositifs et leur intérêt pour l'ensemble des agents.

L'autre objectif de ces préconisations est de trouver des moyens de faciliter l'accès à ce dispositif pour le maximum de collectivités et d'agents.

**A l'unanimité, il apparaît nécessaire que les Pouvoirs publics acceptent de revoir avec les acteurs du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale les termes du décret du 8 novembre 2011.**

# V. ANNEXES

Annexe 1 : Références règlementaires ..... Page 48

- Décret n° **2011-1474 du 8 novembre 2011** relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents
- Circulaire numéro **RDFB1220789C** du 25 mai 2012 (extrait)

Annexe 2 : Questionnaires ..... Page 58

- Collectivités et établissements
- Centres de gestion

Annexe 3 : Calendrier du projet (CDG 69 et métropole Lyon)..... Page 61

Annexe 4 : Contributions ..... Page 62

- Collège des employeurs..... 63
- CGT ..... 65
- CFDT..... 71
- FO..... 74
- UNSA ..... 76
- FA-FPT..... 79

Annexe 5 : Liste des rapports du CSFPT..... Page 81

10 novembre 2011JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

# Décrets,arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

## MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE-MER, DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET DE L'IMMIGRATION

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

NOR : *IOCB1111985D*

*Publics concernés : fonctionnaires, agents non titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale).*

*Objet : participation des collectivités territoriales à la protection sociale complémentaire (santé ou prévoyance) souscrite par leurs agents.*

*Entrée en vigueur : le décret entre en vigueur le lendemain de sa publication au* Journal officiel *mais certaines de ses dispositions entrent en vigueur de façon progressive afin que la mise en œuvre effective de la participation des collectivités territoriales prenne effet à la même date, qu'il s'agisse de la labellisation, qui nécessite un temps d'installation (établissement de la liste des prestataires habilités puis délivrance des labels), ou de la convention de participation. Dès la publication du décret, les collectivités souhaitant instaurer des participations pourront engager le dialogue social passant par la consultation du comité technique. La procédure de labellisation devra être mise en place dans un délai maximum de neuf mois. A compter de la publication de la liste des contrats et règlements labellisés, les collectivités pourront instaurer des participations.*

*Notice : le présent texte met en place deux procédures permettant aux collectivités de participer à la protection sociale complémentaire de leurs agents :*
*soit une convention de participation conclue entre l'opérateur et la collectivité après mise en concurrence des offres ;*
*soit un mécanisme de labellisation de contrats ou de règlements sous la responsabilité de prestataires habilités par l'Autorité de contrôle prudentiel.*

*Les agents adhérant à l'offre d'un opérateur ayant conclu une convention de participation, ou ayant souscrit un contrat ou adhéré à un règlement labellisé, pourront obtenir une participation financière de la collectivité dont le caractère solidaire aura été préalablement vérifié au niveau national, dans le cadre d'une procédure spécifique dite de « labellisation », sous la responsabilité de prestataires habilités à cette fin par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP).*

*Quelle que soit la procédure choisie, l'offre, le contrat ou le règlement devra répondre à des critères sociaux de solidarité.*

*La participation est versée soit directement à l'agent (montant unitaire), soit via un organisme.*

*La souscription à une protection sociale complémentaire ou à un mécanisme de participation est facultative pour les agents et les collectivités.*

*Références : le présent décret ainsi que ses arrêtés d'application peuvent être consultés sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et du ministre de la fonction publique,
Vu le code des assurances, notamment son article L. 310-12-2 ; Vu le code des marchés publics ;
Vu le code de la mutualité, notamment son livre II ;
Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 *bis*, ensemble la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, et notamment son article 88-2 ;

Vu le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, notamment son article 23 ;

Vu l'avis de la commission de surveillance de la Caisse des dépôts et consignations en date du 15 décembre 2010 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales en date du 17 décembre 2010 ;
Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale en date du 22 décembre 2010 ; Vu l'avis de la commission consultative pour l'évaluation des normes en date du 6 janvier 2011 ;
Vu l'avis du conseil d'administration de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques en date du 30 mars 2011 ;
Le Conseil d'Etat (section de l'administration) entendu,
Décrète :

## TITRE Ier
## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1er. − La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics mentionnée à l'article 22 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 susvisée bénéficie aux fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée qui adhèrent à des règlements ou souscrivent des contrats garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, agents et retraités, dans les conditions prévues au présent décret.

Le bénéfice des dispositifs mentionnés à l'alinéa précédent est réservé aux agents et aux retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics qui adhèrent à des règlements ou souscrivent à des contrats auxquels un label a été délivré ou bénéficient d'une convention de participation dans les conditions prévues par le présent décret.

La convention de participation à laquelle peuvent adhérer les retraités est celle conclue par leur dernier employeur lorsqu'ils ont été admis à la retraite.

Art. 2. − Sont éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics les contrats et règlements auxquels leurs agents choisissent de souscrire et offrant des garanties de protection sociale complémentaire portant :

1° Soit sur les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité, désignés sous la dénomination de risque « santé » ;

2° Soit sur les risques d'incapacité de travail et, le cas échéant, tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès, désignés sous la dénomination de risque « prévoyance » ;
3° Soit sur les risques mentionnés au 1° et au 2°.
Ces garanties doivent respecter les caractéristiques définies au titre IV et être complémentaires de la protection sociale de base des agents mentionnés à l'article 1er.

Art. 3. − L'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire mentionnées à l'article 2 est facultative pour les agents et retraités.

Art. 4. − Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent accorder leur participation au bénéfice de leurs agents, pour l'un ou l'autre des risques « santé » et « prévoyance » ou pour les deux.

Cette participation peut être accordée soit au titre de contrats et règlements auxquels un label a été délivré, soit au titre d'une convention de participation.

Les choix opérés par les collectivités territoriales et leurs établissements publics interviennent après avis du comité technique, sans préjudice de la consultation prévue à l'article 18.

## TITRE II
## MODALITS DE SELECTION DES GARANTIES POUVANT DONNER LIEU A PARTICIPATION
### CHAPITRE Ier

Procédure de labellisation
Section 1
Habilitation des prestataires

Art. 5. − Les prestataires chargés de délivrer les labels aux contrats et règlements éligibles à la participation des collectivités conformément aux dispositions de l'article L. 310-12-2 du code des assurances doivent remplir les conditions suivantes :
1° Posséder :

D'une part, des compétences dans le domaine des risques « santé » et « prévoyance » en matière actuarielle ainsi que de droit de la protection sociale complémentaire et de garanties statutaires de la fonction publique territoriale ;
D'autre part, une expérience professionnelle dans ces domaines d'au moins trois ans au cours des cinq années précédant la demande ;
2° Déclarer les intérêts et les mandats sociaux qu'ils détiennent ou ont détenu dans des organismes de protection sociale complémentaire au cours des trois ans précédant la demande, les fonctions qu'ils y exercent ou ont exercé ainsi que les relations d'affaires entretenues par eux-mêmes ou par leur employeur avec ces organismes au cours de la même période, susceptibles de porter atteinte à leur indépendance dans l'exercice de leurs missions ;
3° S'engager à ne pas se mettre en situation de conflit d'intérêt, notamment à ne pas délivrer de labels à des contrats ou à des règlements sur lesquels ils auraient réalisé des prestations de conseil ou d'actuariat, directement ou par l'intermédiaire de l'entreprise ou du cabinet dont ils sont membres ;
4° Ne pas avoir fait l'objet de l'une des interdictions de soumissionner prévues par l'article 43 du code des marchés publics ou d'une sanction administrative ou disciplinaire dans les trois années précédant la demande d'habilitation.
Pour justifier de leur compétence et de leur expérience, les prestataires peuvent demander que soient prises en compte celles d'autres prestataires, sur lesquels ils s'appuient, quelle que soit la nature juridique des liens existant entre eux et ces prestataires. Dans ce cas, ils justifient des compétences et de l'expérience de ce ou de ces prestataires dans les mêmes domaines et apportent la preuve qu'ils en disposeront pour l'exécution de la prestation. Ils justifient également que ces prestataires remplissent les conditions fixées aux 2°, 3° et 4°.

Art. 6. − La demande d'habilitation est présentée sous forme d'un dossier qui peut être retiré auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel. La demande de renouvellement comporte en outre un rapport d'activité.
Un arrêté du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la sécurité sociale, pris après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel, fixe la composition de ce dossier.

Art. 7. − L'habilitation est accordée pour une durée de trois ans par l'Autorité de contrôle prudentiel.
La décision d'habilitation est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception. Sa publication est assurée au *Journal officiel* par voie électronique.

Art. 8. − L'Autorité de contrôle prudentiel établit et tient à jour la liste des décisions d'habilitation. Cette liste, qui comporte les nom et adresse des prestataires habilités ainsi que la date de la décision d'habilitation, est publiée sur le site internet de l'autorité.

Art. 9. − Dans un délai minimal de deux mois précédant l'expiration de l'habilitation, le prestataire peut en demander le renouvellement pour la même durée. Cette demande est examinée dans les conditions prévues aux articles 6 et 7.
Le rapport d'activité que le prestataire remet à l'autorité comporte notamment :
1° Une note de présentation générale de son activité relative aux labels délivrés en application du présent décret. Cette note indique le nombre de contrats ou règlements examinés et les décisions d'octroi et de refus ainsi que les motifs des refus ;
2° Une annexe comportant les notes techniques mentionnées à l'article 12 pour chacun des contrats ou règlements qui lui ont été transmis pour délivrance du label.

Art. 10. − Le prestataire qui demande son habilitation, son renouvellement ou le retrait de celle-ci est tenu de répondre à toute demande de renseignement ou de pièces de l'autorité lors de l'instruction de sa demande.
En cas de retrait, sauf si celui-ci fait suite à une demande du prestataire, ou en cas de refus de renouvellement de l'habilitation par l'autorité, le prestataire doit avoir été mis à même de présenter ses observations écrites et, le cas échéant, orales.

Le silence gardé par l'autorité sur une demande de retrait d'habilitation vaut décision d'acceptation au terme d'un délai de deux mois à compter de l'enregistrement de cette demande.

### Section 2

Labellisation des contrats et règlements

Art. 11. − Les organismes mentionnés à l'article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée adressent leurs demandes de labellisation au prestataire habilité de leur choix, figurant sur la liste mentionnée à l'article 8.
La décision accordant le label est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception et simultanément communiquée au ministre chargé des collectivités territoriales qui met à jour immédiatement la liste mentionnée à l'article 14.

Art. 12. − Les prestataires habilités statuent sur les demandes de délivrance du label au regard des conditions fixées par l'article 2 et des principes de solidarité définis au titre IV.
Ils établissent, pour chacune des demandes, une note technique exposant les analyses réalisées et leurs conclusions

relatives au respect des contraintes de solidarité.

Art. 13. − Le label est accordé aux contrats et règlements pour une durée de trois ans.
Dans un délai de deux mois précédant l'expiration de cette période, les contrats et règlements peuvent faire l'objet d'une demande de renouvellement du label, instruite dans les mêmes conditions que la délivrance de celui-ci.
Les modifications des contrats et règlements intervenant au cours de cette période sont transmises au prestataire habilité qui vérifie que les conditions de délivrance du label sont toujours satisfaites. Si elles ne le sont plus, le prestataire habilité retire le label, après avoir invité l'organisme à présenter ses observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales. Il doit lui être indiqué qu'il peut se faire assister par un conseil ou être représenté par un mandataire de son choix. Le prestataire habilité informe immédiatement le ministre chargé des collectivités territoriales de la décision de retrait du label.
Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation prévue à l'article 28. Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation.
Lorsque l'organisme reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée par les agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

Art. 14. − Le ministre chargé des collectivités territoriales publie et tient à jour, par voie électronique, la liste des contrats et règlements labellisés. Celle-ci comporte le nom de l'organisme, la dénomination du contrat ou du règlement, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

## Chapitre II

Conventions de participation

Art. 15. − Les collectivités territoriales et leurs établissements publics souhaitant conclure une convention de participation avec un organisme mentionné à l'article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée insèrent un avis d'appel public à la concurrence dans une publication habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée dans le secteur des assurances ainsi que, au-delà d'un seuil et selon les modalités définis par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la sécurité sociale, au *Journal officiel de l'Union européenne.*
Dans ce cas, les avis destinés aux autres publications leur sont adressés après envoi de l'avis à l'Office des publications officielles de l'Union européenne. Ils mentionnent la date de cet avis et ne peuvent fournir d'autres renseignements que ceux qu'il comporte.
L'avis précise :
1° Les modalités de présentation des offres de candidature, dont le délai de réception ne peut être inférieur à quarante-cinq jours à compter de la date de publication de l'avis d'appel à la concurrence ;
2° Les niveaux minimaux de capacité demandés aux candidats et les renseignements à fournir à cet effet ; 3° Les caractéristiques essentielles de la convention envisagée, notamment son objet, sa nature et les personnels intéressés ;
4° Les critères de choix de la collectivité territoriale ou de l'établissement public.

Art. 16. − La collectivité territoriale ou l'établissement public adresse à chacun des candidats un document définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population en cause et des prestations à proposer. Pour le risque « santé », ces caractéristiques portent également sur la population retraitée. A la demande de la collectivité ou de l'établissement public, les caisses de retraite peuvent fournir des données non nominatives relatives au sexe, à l'âge et au niveau moyen des pensions relatives à la population retraitée. Les modalités et les conditions financières relatives à la communication de ces données sont fixées par convention conclue entre la collectivité territoriale ou l'établissement public et la caisse de retraite.

Art. 17. − Chaque candidat fournit à la collectivité territoriale ou à l'établissement public, dans le délai mentionné au 1° de l'article 15, une offre comportant, pour l'ensemble de la période prévue à l'article 19, les éléments suivants :
1° Les conditions générales d'adhésion ; 2° Les prestations offertes ;
3° Pour chacune des options, le tarif proposé ;
4° Les limites, âge par âge, au-delà desquelles ce tarif ne peut évoluer ;
5° Une précision du degré effectif de solidarité et de la maîtrise financière du dispositif envisagé.
Chaque candidat s'engage également, en cas de sélection, à offrir à la population intéressée, pendant la durée du contrat et selon les modalités prévues au présent décret, l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées.

Art. 18. − Après examen des garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats, la collectivité territoriale ou l'établissement public, fonde son choix, par délibération, après avis du comité technique, sur les principes de solidarité fixés au titre IV et sur les critères suivants :

1° Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
2° Le degré effectif de solidarité entre les adhérents ou les souscripteurs, intergénérationnelle, en fonction de la rémunération et, pour le risque « santé », familiale ;
3° La maîtrise financière du dispositif ;
4° Les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques ; 5° Tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de la population intéressée.
Un arrêté du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des documents et justificatifs relatifs aux critères mentionnés ci-dessus nécessaires à la prise de décision.

Art. 19. − La convention de participation est conclue par la collectivité territoriale ou l'établissement public pour une durée de six ans. Elle peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an.
La collectivité ou l'établissement informe ses agents de la signature de cette convention, des caractéristiques du contrat ou du règlement au titre duquel elle est conclue ainsi que des modalités d'adhésion à celui-ci.
L'organisme produit à la collectivité ou à l'établissement public, au terme d'une période de trois ans et au terme de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées au vu des critères des 2° et 4° de l'article 18. Si ces critères n'ont pas été satisfaits, la collectivité ou l'établissement peut résilier la convention.

Art. 20. − Le dépassement des limites tarifaires prévues à l'article 17 n'est possible que dans les cas suivants et si le changement revêt un caractère significatif :
1° Aggravation de la sinistralité ;
2° Variation du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs ; 3° Evolutions démographiques ;
4° Modifications de la réglementation.

Art. 21. − Si la collectivité ou l'établissement public constate qu'un organisme ne respecte plus les dispositions du présent décret, il dénonce le contrat après avoir recueilli les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de l'organisme. Il doit lui être indiqué qu'il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.
Dans ce cas et dans celui de non-renouvellement de la convention de participation, l'organisme, ou la collectivité ou l'établissement public dans le cas d'une opération collective facultative, informe, dans un délai d'un mois à compter de la décision de résiliation ou de non-renouvellement, les souscripteurs ou adhérents des conséquences de cette décision au regard de la majoration de cotisation prévue à l'article 28. La dénonciation ou le non-renouvellement de la convention prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de celle-ci.

## CHAPITRE III

Dispositions relatives à l'information des agents et des retraités

Art. 22. − Une information générale sur le présent dispositif est assurée par le ministre chargé des collectivités territoriales.
La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques publient, par tous moyens, cette information à destination des retraités.

# TITRE III

## VERSEMENT DE LA PARTICIPATION

Art. 23. − Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent moduler leur participation dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.

Art. 24. − La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics constitue une aide à la personne, sous forme d'un montant unitaire par agent, et vient en déduction de la cotisation ou de la prime due par les agents.
La participation est versée soit directement aux agents, soit aux organismes qui la répercutent intégralement en déduction de la cotisation ou de la prime due par l'agent.
Dans le cas où la participation est versée à l'organisme, celui-ci tient une comptabilité permettant de retracer l'utilisation des participations reçues dans le respect de l'article 1er. Il produit annuellement les pièces justificatives nécessaires et fait apparaître sur les appels de cotisation ou de prime le montant total de la cotisation ou de la prime, ainsi que le montant de l'aide versée. Ces modalités sont vérifiées par les collectivités territoriales et leurs établissements publics dans le cas d'une convention de participation et par les prestataires habilités dans le cas de la délivrance d'un label.

Art. 25. − Le montant de la participation ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime qui serait dû en l'absence d'aide. Dans le cas où elle est versée à un organisme, la participation ne peut excéder le

montant unitaire de l'aide multiplié par le nombre d'agents bénéficiaires. La collectivité ou l'établissement réalise le versement au vu de la liste de ses agents qui lui est adressée par l'organisme au moins une fois par an, sans préjudice des dispositions de l'article 34.

Art. 26. – La participation de la collectivité territoriale ou de l'établissement public est versée soit au titre des garanties du risque « santé », soit au titre des garanties du risque « prévoyance », soit au titre des garanties de ces deux risques dans les conditions prévues à l'article 2.

## TITRE IV

## PRINCIPES DE SOLIDARITÉ APPLICABLES AUX GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

### CHAPITRE Ier

### Principes de solidarité communs

Art. 27. – Les garanties sont exprimées soit en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie, soit en référence à la rémunération des agents, soit en valeur monétaire forfaitaire.
Les garanties peuvent comporter un choix entre plusieurs options de couverture.

### CHAPITRE II

### Principes de solidarité relatifs aux garanties en matière de risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité

Art. 28. – Les garanties proposées en matière de risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité doivent respecter les contraintes suivantes :
1° Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable, compte non tenu d'éventuelles pénalisations prévues au 2° ;
2° Il ne peut être prévu d'âge maximal d'adhésion. Toutefois, la cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du présent décret, intervient plus de deux ans après la date de publication de celui-ci. Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1er. Les périodes antérieures à la date de publication du présent décret ne font pas l'objet de majoration. Si un contrat ou un règlement perd son label ou s'il est mis fin à la convention de participation, les périodes écoulées postérieurement sont prises en compte comme une durée de cotisation jusqu'à l'expiration du délai mentionné au quatrième alinéa de l'article 13 ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article 21 ;
3° Les contrats et règlements prévoient que :
Les cotisations ou les primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du souscripteur ou adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;
Les garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ;
Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi du souscripteur ;
Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction du sexe du souscripteur ;
Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents ;
4° Les contrats et règlements assurent un montant de remboursement ou d'indemnisation dans les conditions prévues par l'article 23 du décret du 19 septembre 2007 susvisé.

Art. 29. – Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.

### CHAPITRE III

### Principes de solidarité relatifs aux garanties incapacité, invalidité et décès

Art. 30. – Les contrats et règlements mentionnés à l'article 2 prévoient au moins la couverture du risque incapacité de travail.

Art. 31. – Les contrats et règlements faisant l'objet d'une opération collective facultative répondent aux critères suivants :
1° La cotisation ou la prime doit être au même taux pour tous les agents affiliés. Elle doit être exprimée en pourcentage de la rémunération ;

2° L'adhésion des agents au contrat ou au règlement ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé. Les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ou du règlement. Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche. Les agents en arrêt de travail peuvent adhérer au contrat ou au règlement dans les conditions prévues par celui-ci.
Passé ce délai de six mois suivant la date de prise d'effet du contrat ou du règlement, ou la date d'embauche, si l'adhésion au titre du contrat ou du règlement est acceptée, elle pourra être subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical.

## TITRE V
## DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Art. 32. – La première liste de prestataires habilités prévue à l'article 8 du présent décret est publiée dans un délai maximal de cinq mois suivant la date de publication de l'arrêté mentionné à l'article 6.
Les premiers labels délivrés par les prestataires habilités sur le fondement des dispositions du présent décret prennent effet à compter du dernier jour du quatrième mois suivant la date de publication de la liste mentionnée au premier alinéa. La première liste de contrats et règlements labellisés prévue à l'article 14 est publiée ce même jour.

Art. 33. – I. – Les adhérents ou souscripteurs optant, dans le délai d'un an à compter de la date de publication de la liste de contrats et règlements labellisés mentionnée à l'article 32, pour un contrat ou un règlement ayant fait l'objet d'un label ou d'une convention de participation sont présumés, s'agissant de la majoration de cotisation prévue à l'article 28, avoir toujours bénéficié de garanties proposées par un contrat ou un règlement ayant fait l'objet d'une convention de participation ou d'un label.
II. – Cette majoration n'est pas appliquée aux agents qui adhéraient déjà au règlement ou avaient déjà souscrit le contrat pour lequel le label est délivré dans le délai d'un an suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés.

Art. 34. – Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent instaurer des participations sur la base du présent décret à compter de la publication de la première liste des contrats et règlements labellisés.

Art. 35. – Les ministres chargés des collectivités territoriales, de la fonction publique, de la santé et de l'économie établissent, au terme d'un délai de quatre ans suivant l'entrée en vigueur du présent décret, un rapport d'évaluation relatif à la mise en œuvre du présent décret, notamment de ses effets sociaux, en termes de meilleur accès des agents à la protection sociale complémentaire et en termes de solidarité effective entre les bénéficiaires, intergénérationnelle et familiale.

Art. 36. – Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, le ministre

de la fonction publique et le ministre auprès du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, chargé des collectivités territoriales, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 8 novembre 2011.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :
*Le ministre de l'intérieur,*
*de l'outre-mer, des collectivités territoriales*
*et de l'immigration,*
CLAUDE GUÉANT

*Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé,*
XAVIER BERTRAND

*Le ministre de la fonction publique,*
FRANÇOIS SAUVADET

*Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,*
FRANÇOIS BAROIN

*La ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat,*
*porte-parole du Gouvernement,*
VALÉRIE PÉCRESSE

*Le ministre auprès du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer,*
*des collectivités territoriales et de l'immigration,*
*chargé des collectivités territoriales,*
PHILIPPE RICHERT

**Circulaire**
http://www.legifrance.gouv.fr

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE L'INTERIEUR

MINISTERE DE LA REFORME DE L'ETAT,
DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCI'ION PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE
DES COLLECTIVITES LOCALES
Sous-direction des élus locaux
et de la fonction publique territoriale
Bureau de l'emploi territorial et de la protection sociale (FP3)
N" 12-010605-D

Paris, le 2 5 MAl 2012

Le ministre de l'intérieur,
Le ministre de la réforme de l'Etat,
de la décentralisation et de la fonction publique

à

Madame et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les préfets des départements
(métropole et DOM)

**CIRCULAIRE N° RDFB1220789C**

OBJET ; Participations des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents.

**REFER:** -Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Arrêtés du 8 novembre 2011 relatifs, respectivement à la composition du dossier de demande d'habilitation; aux majorations de cotisation; à l'avis d'appel à la concurrence et aux critères de choix dans le cas d'une convention de participation.

**Résumé** : La présente circulaire a pour objet de commenter les dispositions du décret du 8 novembre 2011 et de ses arrêtés d'application. Ces textes fixent les conditions dans lesquelles les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent accorder des participations à leurs agents qui souscrivent à des contrats ou règlements de protection sociale complémentaire (santé, prévoyance).

Cette circulaire abroge et remplace la circulaire NOR INT/B/93/00063/C du 5 mars 1993 relative à la prise en charge, par les collectivités territoriales, d'une partie des cotisations versées par leurs employés aux mutuelles dont ils sont adhérents.
Par ailleurs, dans la présente circulaire, l'expression« les collectivités>> ou« les collectivités territoriales» s'entend des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.

Le décret 0°2011-1474 du 8 novembre 20ll a été publié, ainsi que ses quatre arrêtés d'application, au Journal officiel du 10 novembre 2011. Il fixe le cadre permettant aux collectivités de verser une participation à leurs agents (publics ou privés) qui souscrivent à des contrats ou règlements de protection sociale complémentaire (santé ou prévoyance).

Il se situe dans le contexte suivant :

A la suite de mesures demandées par la Commission européenne le 20 juillet 2005, les modes d'aide des employeurs publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents (santé, prévoyance) ont été revus. Les aides doivent en effet satisfaire aux principes du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (régime des aides d'Etat article 107,2 a). Il doit s'agir d'aides à caractère social, accordées à titre individuel, sans considération tenant à l'origine des contrats. En outre, selon les principes de la jurisprudence communautaire, les contrats et règlements au titre desquels l'aide est versée doivent avoir fait l'objet d'une procédure transparente et non-discriminatoire.

Une nouvelle base légale a été définie pour les trois fonctions publiques: la loi n'2007-148 du 2 février 2007 a créé un article 22 bis dans la loi n'83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires. Ce texte permet aux personnes publiques de *« contribuer au financement des* ***garanties de protection sociale complémentaire*** *auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent »*, à condition que leur participation soit « *réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre d'une solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités»*. Des décrets en Conseil d'Etat- un par fonction publique- sont prévus par la loi.

Ces textes donnent l'esprit du nouveau régime des participations des employeurs publics : elles doivent constituer une aide à caractère social, en particulier en étant réservées aux seuls contrats et règlements montrant une solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités. Par ailleurs, ces aides sont des aides à la personne, et elles ne peuvent être attribuées qu'après une procédure de sélection transparente des contrats et règlements.

Cette base légale a été complétée, pour les collectivités territoriales, par les lois n'2009- 372 du 3 août 2009 et n'2010-1249 du 22 octobre 2010, qui ont défini les procédures de sélection pouvant être utilisées par les collectivités pour vérifier le caractère solidaire des contrats et règlements (convention de participation et labellisation), dans un nouvel article 88-2 de la loi n'84-53 du 26 janvier 1984.
Les pouvoirs de 1'Autorité de contrôle prudentiel ont été définis par cette même loi, dans un nouvel article L 310-12-2 du code des assurances.

Enfin, la loi n'2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social a introduit, dans l'article 33 de la loi du 26 janvier 1984 précitée, l'obligation de consulter les comités techniques sur les aides à la protection sociale complémentaire lorsque la collectivité ou l'établissement en a décidé l'attribution à ses agents.

Le décret a été élaboré, ainsi que ses arrêtés d'application, après concertation et consultation des organismes habilités. Entrant dans le champ des projets d'aide d'Etat devant être notifiés à la Commission européenne, son projet a été notifié à celle-ci, qui a rendu une décision favorable le 23 février 20Il.

Le nouveau régime des participations se définit, dans ses principes, comme suit :

Le dispositif est entièrement facultatif, pour les agents comme pour les collectivités.

Les collectivités territoriales pourront accorder des aides aux agents qui auront souscrit à des contrats ou règlements répondant aux critères de solidarité du décret (titre IV).

**A cet effet, elles peuvent** :

- soit aider les agents qui auront souscrit un contrat ou adhéré à un règlement dont le **caractère solidaire aura été préalablement vérifié au niveau national, dans le cadre** d'une procédure spécifique dite de « labellisation >>, sous la responsabilité de prestataires habilités à cette fin par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP). Ces contrats et règlements « labellisés >> seront répertoriés sur une liste publiée par le ministère chargé des collectivités territoriales.

- **soit engager une procédure de mise en concurrence ad hoc, définie par le décret, pour** sélectionner un contrat ou un règlement remplissant les conditions de solidarité du **décret. La collectivité conclura avec l'opérateur choisi, au titre du contrat ou du règlement ainsi sélectionné, une « convention de participation ». Ce contrat ou ce** règlement sera proposé à l'adhésion facultative des agents. Chaque adhésion fera l'objet d'une participation financière de la collectivité. L'article 25 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 permet aux centres de gestion de conclure, pour le compte des collectivités, des conventions de participation conformes à ce décret.

Les collectivités devront choisir, pour la santé comme pour la prévoyance, entre l'une et l'autre de ces procédures.

L'instauration des participations ne pourra se faire qu'à partir de la publication de la première liste des contrats et règlements labellisés soit le 31 août 2012.

La participation est versée soit directement à l'agent (montant unitaire) soit via un organisme (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise d'assurance).

Le présent décret ainsi que ses arrêtés d'application peuvent être consultés sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr) .

**La présente circulaire a pour but d'expliciter ces dispositions.**

Elle expose :

- les dispositions générales du dispositif (1),
- les principes de solidarité à respecter par les contrats et règlements éligibles aux aides (Il),
- les modalités de sélection pouvant être utilisées pour vérifier ces principes de solidarité (III),
- les règles de versement de la participation {IV),
- les dispositions transitoires (V),
- d'autres points apportant des précisions complémentaires (VI).

**Trames de questionnaires de l'enquête qualitative réalisée auprès des**

## ➢ Collectivités territoriales

## • Trame du questionnement de l'enquête

Cette trame d'entretien a été déclinée selon le type d'interlocuteurs rencontrés.

**Contexte préalable et évolutions**

- Depuis quand votre collectivité propose-t-elle à ses agents une offre en matière de protection sociale complémentaire pour ses agents ?
- Quels sont les objectifs visés à travers cette offre ?
- Comment la collectivité s'est-elle informée sur les différentes modalités de gestion de la protection sociale complémentaire ?
- Quel a été l'impact du décret de 2011 sur l'offre de protection sociale complémentaire ? De quelle façon avez-vous intégré le nouveau cadre réglementaire ?
- Si votre collectivité proposait une participation antérieurement au décret, quelles en étaient les modalités ? (garanties, bénéficiaires, montant de la participation, choix du ou des opérateur(s)…)
- Quels sont les freins au développement de la protection sociale complémentaire pour votre collectivité ?

**Modalités et garanties**

- Quelles sont les garanties et les modalités proposées aux agents ?
- Quels ont été les arbitrages éventuels avec les moyens consacrés à l'action sociale ?
- Les prestations ont-elles connu une évolution ? Si oui, pour quel motif ?

**Participation : montant et critères de répartition**

- Sur quelle base ont été déterminés :
  - Les montants engagés et les niveaux de participation proposés ?
  - Les modes de gestion (choix du prestataire si convention de participation) ?
- Quel est le nombre ou la part des agents et retraités bénéficiant de l'offre de protection sociale complémentaire ?
- Avez-vous constaté un écart entre les montants provisionnés et les montants engagés ?

**Information des agents**

- Comment les agents en activité ou retraités ont-ils été informés ?

**Dialogue social**

- Comment les instances paritaires ont-elles été associées aux différentes étapes de ce processus ? Quels ont été les points qui ont pu faire débat ? Une commission ad-hoc a-t-elle été créée ?
- Quels ont été les avis du comité technique et de celui de la collectivité ?

- Quels sont les retours de la part des organisations représentatives du personnel et des agents ?

**Bilan et perspectives**

- Quel bilan tirez-vous des dispositifs engagés?
- Quelles seraient selon vous les perspectives d'évolution de l'offre de protection sociale complémentaire ?

## • Liste des collectivités et établissements interrogés

| Conseils régionaux | Conseils départementaux | EPCI | Communes | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | <100 agents | De 100 à 1000 agents | >1000 agents |
| Basse Normandie | Ardèche | CC des Pays de Rhône et d'Ouvèze (83) | Coulounieix Chamiers (24) | Bar-Le-Duc (55) | Metz (57) |
| Bretagne | Gironde | CC de Vienne et Moulière (86) | La Renaudière (49) | Bayonne (54) | Nantes (44) |
| Lorraine | Nord | CA Vichy Val d'Allier (03) | Rethel (08) | Saint-Chamond (42) | |
| | Vaucluse | CA Le Havre (76) | | | |

# ➢ Centres de gestion

## 1. Trame de questionnement

**Pour les centres de gestion :**

**Perception des pratiques des collectivités en matière de protection sociale complémentaire**

- Quelle est la demande des collectivités en matière de protection sociale complémentaire ? A-t-elle connu une évolution ?
- Quelles sont les principales modalités de gestion choisies par les collectivités ?
- Y a-t-il des collectivités qui ne proposent pas d'offre à leurs agents ? A votre avis, quels sont les principaux freins rencontrés par ces collectivités ?
- Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser le développement d'une offre de protection sociale complémentaire dans les collectivités non engagées ?

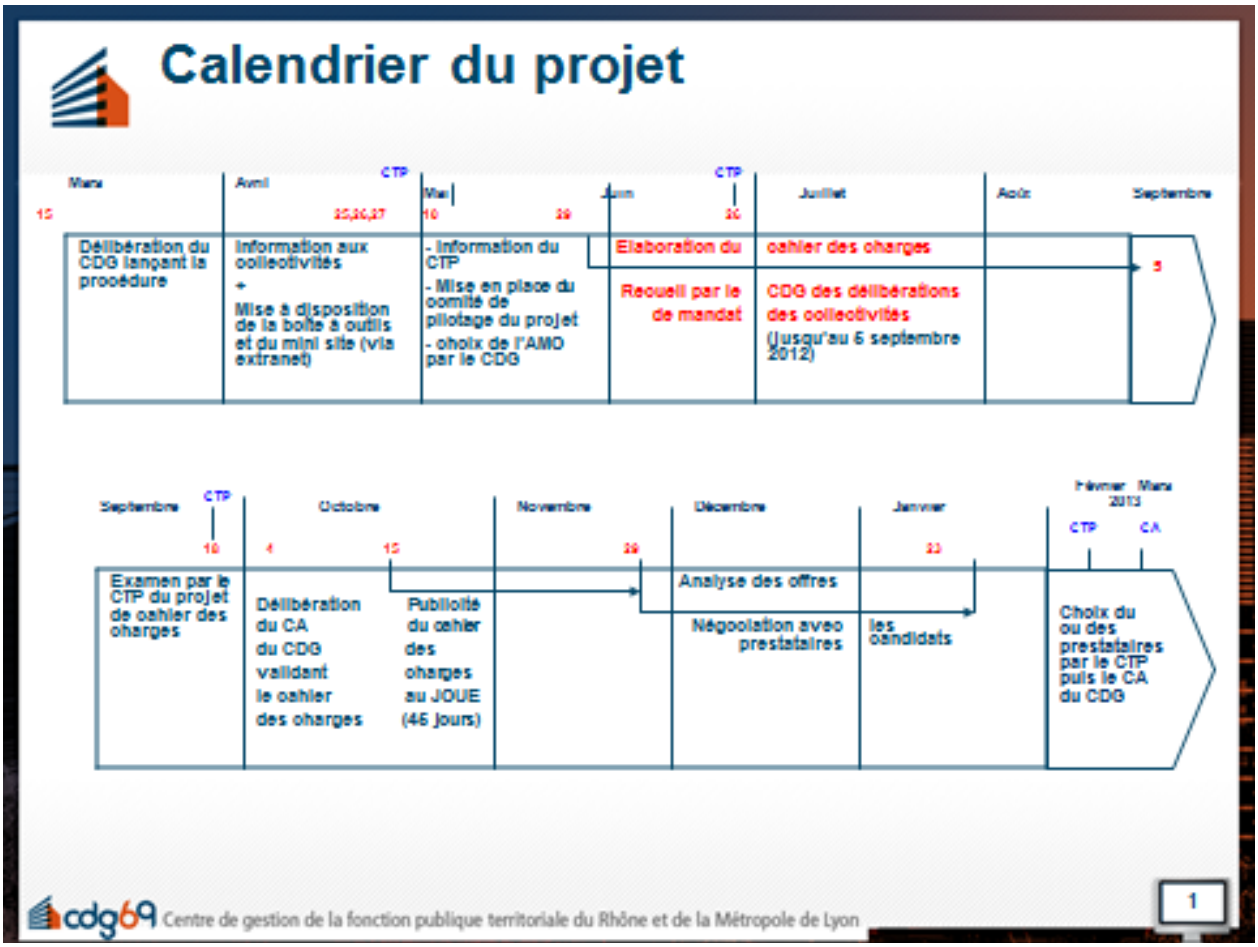
**Exercice de la mission optionnelle**

- Le centre de gestion exerce-t-il la mission optionnelle pour la protection sociale complémentaire ?
  - Si non, pour quelle(s) raison(s) ?
    - les collectivités organisent elles même leur participation ou ne sont pas intéressées ?
    - manque de moyens humains ou financiers au CDG ?
    - contrat groupe déjà existant au CDG ?
    - pas dans les orientations politiques du CDG ?
  - Si oui :
    - Sous quelles formes ?
    - Quel était le contexte préalable ?
    - Quelles ont été les modalités de mise en œuvre : cahiers des charges, sélection du prestataire ?
    - Comment s'est effectuée la conduite du dialogue social (consultation des organisations syndicales, avis du comité technique du CDG et de la collectivité, création d'une commission ad-hoc et composition de cette dernière)
    - Comment les collectivités ont-elles été informées ?
    - Quelles sont les garanties proposées ?
    - Quelle est la participation de l'employeur (montant et critères de répartition) ?
    - Quelle est la population concernée (nombre de collectivités affiliées et non affiliées, nombre d'agents et de retraités dans chacun des cas) ?
    - Quels ont-été les arbitrages éventuels avec les moyens consacrés à l'action sociale ?

**Liste des établissements interrogés :**

| Centres de gestion n'exerçant pas la mission | Centres de gestion exerçant la mission |
|---|---|
| ➢ Maine et Loire,<br>➢ Indre et Loire,<br>➢ Orne,<br>➢ Var,<br>➢ Sarthe,<br>➢ Creuse,<br>➢ Seine et Marne,<br>➢ Haute Garonne. | ➢ Eure et Loir,<br>➢ Nord,<br>➢ Deux Sèvres,<br>➢ Hérault,<br>➢ Seine Maritime,<br>➢ Charente,<br>➢ Loire,<br>➢ CIG Grande Couronne. |

**Calendrier du projet pour la mise en œuvre d'un dispositif PSC**
**Du CDG 69 et métropole de Lyon**



# CONTRIBUTIONS

Collège des employeurs ..... 63

CGT ..... 65

CFDT ..... 71

FO ..... 74

UNSA ..... 76

FA-FPT ..... 79

ANNEXE 4/1

# Contribution du collège des employeurs

Une large part des employeurs territoriaux attendait ce décret et s'en est saisie pour le mettre en application, même s'il reste un certain nombre de collectivités où rien n'a encore été fait.

Si la couverture santé est relativement satisfaisante, du fait notamment que nombre d'agents territoriaux bénéficient de la couverture de leur conjoint s'il travaille dans le secteur privé, il faut en revanche constater qu'à peine 50% sont couverts par le risque prévoyance, et ce même quand l'employeur a mis en place un financement.

Pour davantage de clarté, cette contribution divise en deux parties ses constatations :

**SANTE**

Globalement 80 % des agents territoriaux ont aujourd'hui une couverture santé ; le décret a permis d'améliorer considérablement le niveau de couverture en offrant aux agents territoriaux, grâce à la participation financière de l'employeur, un panier de soins supérieur à ce qu'il était avant, sans que les agents aient à débourser davantage ; ceci est très sensible en matière de soins dentaires et de lunettes.

En revanche, cette meilleure prise en charge de soins auxquels certains agents n'avaient même plus accès -notamment dans les secteurs urbains à dépassement d'honoraires- a entraîné pendant les 3 premières années une « surconsommation » de ces soins qui a provoqué une dérive préoccupante du rapport P/C (prestations/cotisations) qui à certains endroits a pu atteindre près de 200 %, obligeant ainsi à des augmentations de cotisations.

Dans ce domaine, le collège des employeurs insiste donc sur la vigilance à avoir pour ne jamais faire de dumping sur les tarifs proposés, et, en cas de convention de participation, sur la nécessité de « capter » l'augmentation annuelle des tarifs à moins de 10 % (hausse du PMSS comprise).

Il rappelle également que le désengagement progressif des remboursements via l'assurance maladie fragilise la notion de couverture santé en transférant la charge des remboursements sur les contrats complémentaires, et que, si cela continue ainsi, des inégalités vont réapparaître entre les agents qui auront les moyens de s'offrir des surcomplémentaires et ceux qui n'en n'auront pas les moyens. Ce qui effacera les progrès notables induits par le décret du 8 novembre 2011.

**PREVOYANCE**

Le collège des employeurs a largement contribué à offrir aux agents une couverture prévoyance : elle est passée de 20% environ des agents concernés avant 2010 à environ 50 % fin 2016 (la plupart seulement en maintien de salaire).

L'âge moyen étant de 47 ans, il faut souligner que même lorsque le prévoyance est largement financée par l'employeur (souvent à 100 % pour les plus petits salaires), les jeunes ne se couvrent pas, ou alors après avoir connu un gros souci de santé (accident de ski par exemple) qui leur fait

prendre conscience que l'on passe finalement très vite à demi-traitement, et que c'est le début d'une spirale difficile à dénouer.

Il faut donc impérativement diffuser très largement l'information aux agents en poste et aux nouveaux arrivants, et, sans la rendre obligatoire - ce que le décret ne permet d'ailleurs pas - étudier les moyens de faire adhérer les agents de la tranche d'âge 20/40.

Le collège des employeurs constate par ailleurs, en plein accord avec les différents opérateurs, que les indicateurs de sinistralité sont tous « en rouge » : en cinq ans, la fréquence des arrêts de travail de plus de 3 mois a progressé de près de 30%. Même constat pour les congés de longue durée, ainsi que pour les mises en disponibilité d'office suite à un congé de longue maladie. S'il existe des politiques de reclassement efficaces, qui se développent, il n'en demeure pas moins que les très petites collectivités n'y parviennent pas facilement, et que l'allongement de la vie au travail, l'augmentation des maladies professionnelles et la pénibilité de certains emplois rendent inévitable l'augmentation de la sinistralité, et mettent donc en péril l'équilibre nécessaire du ratio P/C.

C'est pour cela que le collège des employeurs appelle à une révision de certaines dispositions réglementaires (notamment plafonner à 95% l'indemnisation au-delà des 90 jours à plein traitement).

Lui-même doit veiller à mieux faire gérer les dossiers par les services administratifs qui doivent penser à fermer auprès de l'opérateur les dossiers d'indemnisation dès que l'agent a repris son travail, afin d'éviter la formation automatique de provisions pour arrêt long ET décès dès qu'un agent est indemnisé pour un demi-traitement : à titre d'exemple, et en simplifiant, 60 dossiers d'agents en demi-traitement génèrent 2 millions d'euros de provisions qui alourdissent considérablement le rapport P/C ; si les 60 agents ont tous repris le travail au bout d'un an, il suffit de clore les dossiers pour que la provision de 2 millions soit effacée.

En conclusion, le collège des employeurs réaffirme sa satisfaction sur le décret du 8 novembre 2011, tout en souhaitant pouvoir le faire évoluer à l'aune d'un recul de 5 ans qui a permis de préciser certains points à modifier et à améliorer.

# Contribution de la Confédération générale du travail (C.G.T.)

## Le droit à une protection sociale complémentaire solidaire, généralisée et de haut niveau tout au long de la vie

Les systèmes nationaux de protection sociale sont partout constitués d'une combinaison de dispositifs, les uns d'origine légale, les autres issus de l'initiative d'acteurs du domaine professionnel : les employeurs et les organisations syndicales. En France, cette seconde forme de couverture, que l'on peut appeler complémentaire ou professionnelle, occupe depuis longtemps une place particulièrement importante dans le système global de protection sociale et elle pourrait à l'avenir être amenée à se développer davantage.

**Ce qui existe aujourd'hui**

Historiquement, **la protection sociale** est un élément du rapport salarial. Elle est née de la nécessité, pour les personnes qui tirent l'essentiel de leurs revenus de l'emploi, et pour leurs familles, de faire face à des périodes où elles n'exercent pas une activité rémunérée (chômage, retraite, invalidité, maladie, maternité) ou de subvenir à certains besoins fondamentaux (soins médicaux, éducation des enfants, logement…). La protection sociale constitue la sécurité par le salaire, par opposition à la sécurité par la propriété, apanage des classes possédant un patrimoine.
Par conséquent, la protection sociale vise à protéger les individus des risques et des évolutions de la vie ainsi que des ruptures avec les risques professionnels liés à l'environnement du travail.
**La Sécurité sociale fournit la couverture de base** des risques "maladie / maternité / invalidité / décès", "accidents du travail / maladies professionnelles", "vieillesse" et "famille". Elle est composée de différents régimes regroupant les assurés sociaux selon leur activité professionnelle dont les principaux sont :

- le régime général : il concerne la plupart des salariés, les étudiants, les bénéficiaires de certaines prestations et les simples résidents ;

- les régimes spéciaux : ils couvrent les salariés qui ne sont pas dans le régime général (fonctionnaires, agents de la SNCF, d'EDF-GDF...) ;

- les régimes des non salariés non agricoles : ils couvrent séparément les artisans, les commerçants ou industriels et les professions libérales pour l'assurance vieillesse, le risque "maladie" faisant l'objet d'une gestion commune ;

- le régime agricole : il assure la protection sociale des exploitants et des salariés agricoles. Il est le seul régime de sécurité sociale à ne pas dépendre du ministère chargé des Affaires sociales, mais du ministère de l'Agriculture.

**La protection sociale complémentaire** est un système solidaire entre les générations qui permet d'amortir les difficultés. La protection sociale complémentaire s'est développée dans une double perspective : d'une part, améliorer la couverture offerte (en termes de qualité des soins ou du niveau de prestations) et, d'autre part, diminuer le reste à charge des assurés eu égard aux faibles montants remboursés par la Sécurité sociale obligatoire (exemple, en maladie, frais dentaires et optique).
Elle occupe désormais une place importante dans le fonctionnement du système de santé français au plan institutionnel comme au plan des prestations offertes. Elle vise à fournir une couverture supplémentaire aux risques pris en charge par la Sécurité sociale. Certains sont obligatoires (régimes

complémentaires de retraite des salariés du secteur privé) et d'autres facultatifs (mutuelles de santé, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance).

**La protection sociale complémentaire appliquée à la Fonction publique territoriale**
Pour une très grande majorité de fonctionnaires, il est fondé sur un dispositif global mutualisé et socialisé, composé de :

- la mission confiée aux mutuelles du service public de l'assurance-maladie obligatoire des fonctionnaires,
- la couverture complémentaire santé,
- la prévoyance des risques dits « longs » (incapacité, invalidité, décès, et perte d'autonomie),
- des aides sociales et un dispositif d'accompagnement des adhérents confrontés à des difficultés face au système de santé.

Dans la Fonction publique territoriale, le régime des aides à la protection sociale complémentaire est organisé par :

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

- quatre arrêtés d'application (http://www.legifrance.gouv.fr ).

- Une circulaire d'application (NOR RDFB1220789C du 25 mai 2012)

Le décret fixe le cadre permettant aux collectivités et à leurs établissements publics de verser une aide à leurs agents (publics ou privés) qui souscrivent à des contrats ou règlements de protection sociale complémentaire (santé ou prévoyance) qui répondent aux critères de solidarité du titre IV du décret. Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent :

- **soit aider les agents qui auront souscrit un contrat ou adhéré à un règlement dont le caractère solidaire aura été préalablement vérifié au niveau national**, dans le cadre **d'une procédure spécifique dite de « labellisation »,** sous la responsabilité de prestataires habilités à cette fin par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Ces contrats et règlements « labellisés » sont répertoriés sur une liste publiée par le ministère des collectivités territoriales.

- **soit engager une procédure de mise en concurrence** ad hoc, définie par le décret, **pour sélectionner un contrat ou un règlement remplissant les conditions de solidarité du décret**. La collectivité conclut avec l'opérateur choisi, au titre du contrat ou du règlement ainsi sélectionné, **une « convention de participation ».** Ce contrat ou ce règlement est proposé à l'adhésion facultative des agents. Chaque adhésion peut faire l'objet d'une participation financière de la collectivité. L'article 25 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 permet aux centres de gestion de conclure des conventions de participation conformes à ce décret.

La réalité démontre que cette dernière a provoqué une guerre des prix dont les agents territoriaux sont in fine les premières victimes au vu de leur situation témoignant la précarité des agents qui relèvent de 80% de la catégorie C dont le revenu moyen est le plus bas de la Fonction Publique.

Ce décret a instauré la possibilité pour les collectivités et établissements publics de participer financièrement aux contrats de :

- **Santé** : garanties en matière de risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité *(venant compléter la prise en charge du régime obligatoire d'assurance maladie);*

- **Prévoyance :** garanties incapacité, invalidité et perte de salaire, désignées sous la dénomination de risque « prévoyance » *(Versement d'un complément de traitement ou d'une rente en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente, partielle ou totale).*

Les collectivités choisissent, pour la santé comme pour la prévoyance, entre l'une et l'autre de ces procédures. La participation est versée soit directement à l'agent (montant unitaire) soit via un organisme. Le décret est entré en vigueur de façon progressive de telle sorte que les deux procédures de sélection (la labellisation, qui nécessite un temps d'installation, et la convention de participation) soient placées à égalité de choix des collectivités.
Les agents concernés sont les suivants :

- les fonctionnaires ;
- les contractuels de droit public et de droit privé ;
- les retraités : ils ne peuvent recevoir d'aide financière de l'ancienne collectivité employeur. Ils bénéficient toutefois indirectement du dispositif compte tenu de la solidarité imposée dans les contrats entre les bénéficiaires actifs et retraités. Seul le risque santé est susceptible de les intéresser, le risque prévoyance ne les concernant pas. La collectivité a néanmoins l'obligation de les informer.

Le montant de la participation

- les textes ne fixent pas de montant minimum ;
- le montant maximum est le montant de la cotisation ou de la prime due par l'agent ;
- la participation peut être versée à l'agent ou à l'organisme ;
- la collectivité peut moduler sa participation en prenant en compte la situation familiale et/ou les revenus de l'agent.

Ces dernières ont consultés les CTP pour avis. Force est de constatée que l'application du décret a conduit à de multiples situations inégalitaires dans les collectivités territoriales.

**Une solidarité fragmentée**
Le modèle de protection sociale, qui a fait ses preuves, est aujourd'hui confronté à des évolutions qui portent atteinte à ses fondements et menacent son existence.
Malgré une mise en œuvre par une majorité de collectivités territoriales, de fortes inégalités de participation demeurent. Le fonctionnaire a droit à une protection sociale lorsque son état de santé nécessite des soins et/ou lorsqu'il est contraint d'interrompre temporairement ou définitivement son activité professionnelle. Toutefois, la protection sociale applicable aux agents publics est différente de celle du secteur privé car celle-ci comprend une partie statutaire applicable à tous et une partie complémentaire qui reste facultative.
La protection sociale complémentaire facultative est mise en œuvre par des acteurs privés dans un cadre concurrentiel. Ceux-ci tendent à développer leurs actions, notamment en proposant des couvertures contre des risques qui ne sont pas encore pleinement pris en charge par la Sécurité sociale. Ce qui peut aller à l'encontre de la logique de la solidarité, qui avait présidé à la création du système français de protection sociale.

En créant des dispositifs catégoriels de protection sociale complémentaire (ANI pour les salariés du privé, CMU-C et ACS pour les revenus modestes, MADELIN pour les indépendants, et enfin, le LABEL Senior pour les + 65 ans), le gouvernement continue à segmenter l'accès à la complémentaire santé au détriment de la mutualisation et des solidarités intergénérationnelles, familiales et contributives.

Par ailleurs, pour l'Etat, les conventions de référencement signées entre les administrations publiques et les mutuelles tomberont à effet du 31 mars 2017.
Les procédures devront être reconduites et le danger majeur est de voir arriver les opérateurs lucratifs qui, à la différence des mutuelles mono produit, peuvent proposer des tarifs faibles en compensant un manque à gagner sur la complémentaire santé. Pour les mutuelles historiques de la fonction publique, il y a là une distorsion réelle de la concurrence.
Pire, si sont référencés plusieurs opérateurs complémentaires au sein d'une même administration, qui, à terme, mangera l'autre ?
Enfin, nous assistons à la remise en cause récurrente de la gestion mutualiste du régime d'assurance maladie des fonctionnaires. Preuve en est, le PLFSS 2016 en première lecture, a amorcé l'attaque en sous entendant clairement que les mutuelles de fonctionnaires n'étaient pas en mesure de gérer correctement le régime obligatoire de leurs assurés.
Alors même que ces derniers plébiscitent à 89 % leur gestionnaire mutualiste, le gouvernement parle d'opérateurs « défaillants » !

**Une participation hétérogène des collectivités territoriales**
Une enquête réalisée en 2016 révèle que 90% des agents territoriaux adhèrent à une complémentaire santé. Ce taux de souscription recule de 4 points par rapport à la précédente vague d'enquête. C'est le niveau le plus bas depuis 2009. 73% adhèrent à titre individuel, 17% bénéficient d'une mutuelle par l'intermédiaire de leur conjoint ou de leurs parents, 10% n'ont souscrit à aucune complémentaire.
Cette situation témoigne de la précarité des agents territoriaux qui relèvent à 80% de la catégorie C, dont le revenu moyen est le plus bas de la Fonction publique. Essentiels à l'action publique locale, les agents territoriaux doivent pouvoir compter sur leur employeur, au même titre que les employeurs privés, pour pouvoir accéder à cette couverture complémentaire d'une part pour accéder aux soins et d'autre part pour maintenir leur niveau de revenu en cas d'arrêt de travail pour maladie. Dans les collectivités, les inégalités proviennent tout d'abord du fait que certains agents ou catégorie d'agents bénéficient de la protection sociale complémentaire et d'autres non.

**De fortes inégalités de traitement des agents**
Quelques que soient les formes de participation à l'œuvre dans les collectivités territoriales, la protection sociale complémentaire actuelle engendre des inégalités à échelle plus large.
Tout d'abord, les différences de taille entre les collectivités territoriales engendrent des inégalités de coût. Les grosses collectivités territoriales sont favorisées du fait d'économie d'échelle dans leur frais de gestion. Cette différence se répercute à la fois sur les employeurs et sur les agents. Certains employeurs se retrouvent face à des coûts plus élevés que d'autres pour une protection sociale équivalente. En conséquence, certains agents bénéficient d'une meilleure protection sociale à moindre coût que d'autres.
Les collectivités employant une forte proportion de personnes relativement âgées se retrouveront avec des charges élevées au titre de l'assurance santé et de la prévoyance et auront tendance à réduire la couverture de manière à pouvoir offrir des prix compétitifs dans le cadre d'une convention de participation. Les collectivités qui emploient beaucoup d'agents « à risque » ne sont-elles pas contraintes à subir ?
Dans l'histoire de la protection sociale en France, les privilèges des uns se sont souvent transformés en droit pour tous. La protection sociale complémentaire peut porter en germe la généralisation et l'extension de la mutualisation. Il semble néanmoins que les lignes de force traversant la protection sociale complémentaire aujourd'hui vont dans le sens de la fragmentation plutôt que dans le sens de la mutualisation.

## Les moyens pour y parvenir

### Sauvegarder le modèle solidaire de protection sociale complémentaire adapté à la fonction publique

Il s'agit d'abord de réaffirmer les principes de la mutualité, garantit par :

- la non sélection des risques,

- les solidarités professionnelles,
- les solidarités intergénérationnelles,
- les solidarités indiciaires,
- les solidarités familiales.

**Renforcer la protection sociale complémentaire des agents territoriaux**
Les principes de solidarité aux deux types de risque doivent être communs à tout type de risque et exprimés :

- En référence aux tarifs servant de base de calcul des prestations de l'assurance maladie ;

- En référence à la rémunération des agents ;

- En référence à une valeur monétaire forfaitaire ;

- En référence à l'amélioration de la couverture complémentaire des agents, il faut favoriser un dispositif solidaire par la participation financière pour qu'ils puissent bénéficier d'un effet de qualité prix du fait de la mise en concurrence

**Une véritable politique de prévention des risques à construire**
La mise en œuvre de la Prévention des risques psycho-sociaux (RPS) est encadrée par des accords et lettres circulaires. Des études montrent de réelles difficultés des collectivités pour parvenir à élaborer et à mettre en œuvre le plan de prévention des risques dans toutes les collectivités. Pourtant cette obligation a été étendue et adoptée par l'accord du 20 novembre 2009 dans le cadre des missions du Comité d'Hygiène Sécurité et Condition de Travail (CHSCT). La Protection Sociale Complémentaire ne devrait pas se réduire à un débat financier centré uniquement sur le niveau de participation des employeurs et sur le niveau de garantie des assurés, mais elle doit engager une réflexion sur les conditions de travail et les risques professionnels par une politique active de prévention des risques professionnels.

**La PSC doit faire partie du champ d'intervention du CTP**
La protection sociale complémentaire doit s'inscrire dans un véritable dialogue social entre employeurs publics et les organisations représentatives du personnel conformément à la loi 2010-751 du 5 juillet 2010 relative au dialogue social. Il est essentiel et opportun de rappeler le caractère obligatoire de cette démarche. Aussi, la loi sur le dialogue social identifie la protection sociale complémentaire comme étant un objet de négociation. Elle permet prioritairement de déterminer au plus juste une couverture en matière de « santé et prévoyance » et d'identifier les besoins spécifiques de la population à couvrir.
L'employeur public veille à soumettre les garanties de la protection sociale complémentaire à l'ensemble des représentants du personnel qui doit mettre en place pour ses agents, en application de l'article 34 du décret 2011-184 du 15/02/2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et établissements publics (instance des représentants du personnel).
Le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels a complété pour la Fonction Publique Territoriale le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Il a fait part, à cette occasion d'une analyse étayée par des situations concrètes.

**L'obligation d'un comité de suivi afin de garantir l'application de la PSC**
Afin que le dialogue social soit constructif et obtenir de l'égalité de traitement des agents partout, il s'agirait également de mettre en place un comité de suivi regroupant l'administration, les représentants du personnel ou des organismes de référence sous réserve du respect des obligations en matière de conflits d'intérêt conformément à la loi déontologie n° 2016-483 du 21/4/2016. Pour qu'il puisse se

mettre réellement en place dans toutes les collectivités et leurs établissements publics, il est nécessaire que le comité de suivi soit inscrit dans un texte réglementaire.

**Une obligation des collectivités territoriales à financer la PSC**
L'employeur public devrait instaurer une double obligation en matière de financement de la PSC et laisser à l'agent sa liberté de choix de retenir plusieurs opérateurs à travers la procédure de conventionnement pour qu'elle soit étudiée notamment pour les grandes collectivités, afin que, la formule des préconisations facilite la participation de l'employeur public au financement de la protection sociale complémentaire des agents à savoir :

- l'obligation de participer des collectivités et les employeurs territoriaux au financement de la PSC de leurs agents et notamment par la mise en place d'une garantie maintien de salaire socle ;

- l'obligation de participer d'une manière significative, au moins 50%. Il est nécessaire de créer cette obligation prioritairement en matière de garantie du maintien de salaire (perte de revenu en cas de maladie ordinaire). A cet égard, dans la mesure où la garantie de maintien de salaire est le meilleur rempart à l'entrée en précarité et qu'il y a lieu de préciser l'ampleur de la couverture afin qu'elle soit réellement protectrice.

**Une obligation de délibérer sur les mesures de PSC concernant le personnel territorial**
**Il** est nécessaire de créer une obligation de délibérer des instances délibérantes des collectivités au moins une fois par an dans le domaine de la Protection Sociale Complémentaire, à l'instar de l'action sociale (article 88-1 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984).

**Une obligation d'information en direction des agents**
En 2011, on estimait à 40 % seulement le taux d'agents territoriaux assurés dans le domaine de la prévoyance, avec maintien du salaire en cas d'arrêts de travail prolongés, alors que le vieillissement des agents est un facteur de risque aggravant.
Si, la libre administration des collectivités dans le cadre des lois de la République est toujours de rigueur, les collectivités peuvent désormais investir le champ de la protection sociale complémentaire. Elles ont dorénavant un devoir d'information auprès de leurs agents sur la protection sociale complémentaire devenue un sujet important. (Devoir d'information article 22 de la loi du 26 janvier 1984).

**Une formation spécifique au CNFPT pour les agents chargés des ressources humaines et de la protection sociale**
Les agents chargés de la mise en place de la PSC doivent maitriser les connaissances juridiques et techniques dans le domaine des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance. (Le tri des candidatures et le suivi de la convention de participation nécessitent de connaître notamment les réalités des marchés, ainsi que le cadre juridique des dispositions du code de la sécurité sociale, du code des assurances et celui des mutuelles).

ANNEXE 4/3

# CONTRIBUTION DE LA FEDERATION INTERCO CFDT

# RAPPORT : LES EFFETS DU DECRET N°2011-1474 DU 8 NOVEMBRE 2011 SUR L'ACCES A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Dans un contexte de conditions de travail tendues voire dégradées, plus volatiles en raison des actuelles réorganisations territoriales, d'allongement significatif de la durée de la vie professionnelle avec comme corollaires le maintien en activité d'agents plus âgés et une sinistralité (maladies professionnelles) en augmentation, la protection sociale complémentaire des agents territoriaux reste une **question majeure** pour la fédération Interco CFDT et fait partie des garanties individuelles et collectives à consolider pour certains et à acquérir pour nombre d'agents.

Cet environnement spécifique aux agents au service des collectivités territoriales (rappelons que les catégories C représentent les 2/3 tiers des agents, que nombre de fonctions exercées sont des fonctions d'exécution à caractère pénible) s'inscrit plus globalement dans le contexte d'un système de santé en crise et déficitaire amplifiant les difficultés d'accès aux soins. Outre les aspects géographiques d'inégalité aux soins, le reste à charge de plus en plus élevé est responsable de non recours par les moins aisés.

Le rapport présenté par le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale a l'intérêt de donner un premier bilan de l'impact de la réglementation de novembre 2011 quant à la participation financière de l'employeur territorial à la protection sociale complémentaire de ses agents tant en santé qu'en prévoyance. La question du bilan, de la mesure d'impact de cette réglementation est essentielle. Certes, le recueil d'informations est difficile, les remontées restent parcellaires, le sujet étant souvent considéré comme trop technique. Cependant, ce travail garde toute son utilité pour une photographie un peu plus nette des pratiques des employeurs territoriaux. Il reste des zones grises ou noires qu'il faudra bien investiguer ultérieurement. A ce titre, la fédération Interco CFDT réitère son exigence que les pouvoirs publics respectent **l'obligation** inscrite dans l'article 35 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 d'un rapport d'évaluation du dispositif notamment et demande donc la publication du rapport réalisé en 2015 par une mission IGAS, IGA et IGF sur cette question.

***La Fédération Interco CFDT milite pour la création d'un observatoire social de la Fonction Publique Territoriale garant d'un bilan non partisan de la couverture sociale des agents publics et porteur d'une vision proactive des enjeux de protection sociale qui sont indissociables des responsabilités liées à la qualité d'employeurs publics.***

Pour rappel, l'ambition portée par la fédération Interco CFDT quant à la protection sociale complémentaire des agents territoriaux se décline selon les principes directeurs suivants :

- L'instauration de contrats **collectifs obligatoires regroupant les 2 risques santé et prévoyance** répondant aux critères de responsabilité et de solidarité intergénérationnelle, inter-catégorielle et familiale les plus affirmés et ne concourant pas à la surenchère au regard de l'offre de soins.

- La définition d'un **panier de soins de base commun** à l'ensemble de la Fonction Publique territoriale négocié dans un accord-cadre au niveau national entre partenaires sociaux et représentants des employeurs territoriaux.

- **L'obligation** d'une participation financière de l'employeur alignée sur celle du secteur privé.

En cohérence avec ces axes structurants, la fédération Interco CFDT réaffirme qu'il s'agit bien de **négocier un régime de protection sociale complémentaire** entre employeurs et organisations syndicales représentant les agents, de s'accorder sur la nature et la qualité des prestations offertes dans le cadre de ce régime et sur le niveau de participation financière de chacun des acteurs. Il s'agit pour chacune des parties représentées d'être un **acteur** du dispositif. Cette exigence de construction collective et partagée donne fondement à une obligation de participation financière de l'employeur au régime ainsi élaboré. Il s'agit aussi d**'organiser** une **responsabilisation** de chacun des acteurs : employeurs, organisations syndicales et agents notamment par une maitrise renforcée du processus (évolution des garanties et des cotisations).

Pour la fédération Interco CFDT, la convention de participation traduit le mieux ces exigences. La pertinence et l'efficience d'une telle construction nécessitent une base de **mutualisation** la plus large possible, concertée, organisée créant des synergies permettant ainsi une possible portabilité des contrats. Cela nécessite dans l'intérêt majeur de leurs agents que nombre d'employeurs territoriaux abandonnent une vision trop étroite du principe de libre administration des collectivités territoriales pour organiser « une communauté d'intérêt social ». Ainsi, dans l'attente d'un centre national de gestion, les centres de gestion regroupés sont des maillons pertinents pour une telle mise en œuvre sous condition qu'ils respectent et organisent un véritable dialogue social en lien avec les collectivités concernées.

En ce sens, la labellisation ne répond pas à cette exigence de régime co-construit, mettant ainsi l'agent dans la seule posture de consommateur et l'isolant dans une relation individuelle déséquilibrée avec l'opérateur sans aucun moyen d'agir ni visibilité sur le dispositif global (augmentation des cotisations). De même, l'organisation réglementaire de cette modalité aboutit à une situation de **non choix** pour l'agent : une liste de centaines de noms de contrats sur le site dédié de la DGCL recouvrant plus d'une centaine d'opérateurs sans lien numérique vers les contrats participe plus d'une « non transparence organisée » que d'un dispositif d'aide à la décision. Toute comparaison Prestations/Cotisations entre

contrats labellisés est exclue, le dispositif réglementaire est totalement défaillant de ce point de vue.

La CFDT préfère défendre la liberté de définir collectivement son régime de protection sociale complémentaire à une liberté individuelle toute relative d'un choix individuel de couverture. A défaut, elle propose cependant dans un premier temps d'améliorer le système actuel de la labellisation en s'inspirant du dispositif organisé par le décret N°2014 -1144 du 8 octobre 2014 concernant l'ACS (aide complémentaire santé) : ainsi, un appel d'offre national pourrait être lancé précisant les prestations attendues, les tarifications, exigeant une présentation identique des contrats et plafonnant le nombre d'offres qui seront validées (11 offres labellisées pour l'ACS !). De plus, l'information donnée au bénéficiaire de l'ACS via un tableau des offres lui permet de faire réellement un choix éclairé. A l'heure où nombre de contrats labellisés arrivent à échéance et en l'absence **préjudiciable** et condamnable de toute évaluation, mesure d'impact du « système labellisation » de la part des pouvoirs publics, une évolution à minima dans ce sens est demandée.

Plus globalement, le dispositif réglementaire en vigueur en proposant un double système alternatif convention de participation/labellisation, santé/prévoyance produit des inconvénients importants :

- un risque accru d'une protection sociale complémentaire hétérogène
- le risque d'une inégalité de fait renforcée entre territoriaux
- une complexité pouvant nuire à une appropriation et une implication des différents acteurs (employeur territorial, agent…)

En conclusion, pour la CFDT, la protection sociale complémentaire n'est pas un produit de consommation laissé à la libre concurrence du marché mais bien un **objet identifié et reconnu du dialogue social.**

Paris, le 8 février 2017

Fédération des personnels des services publics et des services de santé FORCE OUVRIERE 153-155 rue de Rome 75017 PARIS
☎01 44 01 06 00 - ✉ fo.territoriaux@fosps.com et fo.sante-sociaux@fosps.com

# Propositions de Force Ouvrière sur la participation de l'employeur à la protection sociale des agents dans la Fonction Publique Territoriale.

Le décret relatif à la loi du 2 février 2007 sur la protection sociale complémentaire des agents territoriaux est paru le 8 novembre 2011.

Dès sa parution, Force Ouvrière a dénoncé les insuffisances du texte et déclarait qu'il ne pouvait constituer une fin en soit en matière de protection sociale dans la fonction publique territoriale.

Ces dernières années, plusieurs rapports et études ont démontré que la précarité ne cessait de s'accroître dans une fonction publique territoriale constituée à plus de 75 % d'agents de catégorie C. Près d'un agent sur trois déclare avoir retardé voire renoncé à des soins du fait de leur coût élevé, certains n'ont même aucune mutuelle.

Cette situation est due à la faiblesse de leurs revenus.

C'est pourquoi la grande majorité des agents sont amenés à faire le choix de privilégier une couverture santé au détriment du risque prévoyance si bien que plus de 60 % d'entre eux n'ont aucune garantie de maintien de salaire une fois la garantie statutaire de versement du salaire à taux plein épuisée.

Situation d'autant plus préoccupante que le nombre d'arrêts de travail augmente et que la pathologie des affections s'accroît, du fait notamment des conditions de travail difficiles et de l'âge plus avancé de la majorité des agents territoriaux.

Sachant qu'une partie importante de la population territoriale exerce son activité aussi à temps non-complet, le risque est bien réel pour beaucoup d'entre eux de se retrouver sous le seuil de pauvreté voire de ne plus percevoir aucun revenu.

Cela démontre toute l'importance de la participation financière de l'employeur territorial à la protection sociale de leurs agents.

Nos propositions :

- Pour FO, cette aide ne peut rester facultative, mais elle doit devenir obligatoire.
- Au même titre que l'action sociale une délibération dans le domaine de la protection sociale doit être prise dans les collectivités locales. L'objet de cette délibération sera de fixer le niveau de la protection sociale offert aux agents ainsi que le prestataire retenu.

- Le dispositif permettant la participation de l'employeur doit figurer à l'ordre du jour d'un comité technique et faire l'objet d'un avis de cette instance.
- Un taux minimum de la participation devrait être fixé pouvant aller jusqu'à une prise en charge de 100 % des frais réels engagés par l'agent pour les bas salaires.

- Les cotisations doivent faire l'objet d'une défiscalisation.

- Une véritable portabilité des droits en matière de protection sociale doit être établie en cas de changement d'employeur.

- Instaurer le principe d'une couverture du risque prévoyance généraliser à l'ensemble des agents territoriaux avec une participation de l'employeur d'au moins de 50 %.

- Le dispositif doit permettre la prise en charge des ayants droits.

Concernant les retraités, les mesures insuffisantes du décret ont réduit la solidarité intergénérationnelle à portion congrue. De même, certains opérateurs ont pratiqué un véritable dumping et n'ont pas hésité par la suite à réviser à la hausse leurs tarifs en cours de contrat.

C'est pourquoi :

- A l'instar de ce qui est défini dans la fonction publique de l'Etat, FO propose que dans la procédure mise en place et concernant la sélection des opérateurs, le critère de solidarité intergénérationnelle doit intervenir pour 45 % dans la décision du choix de l'opérateur, le prix représentant 25 %.

FO considère également que ces droits doivent être ouverts à tous les agents, titulaires, non-titulaires, stagiaires, emplois aidés, apprentis…dès leur recrutement dans la collectivité.

Fait à Paris, le 8 février 2017

Le secrétariat fédéral

# Contribution de l'Unsa Territoriaux sur le rapport concernant la protection sociale complémentaire dans la Fonction Publique Territoriale.

## I – Constats

Si la majeure partie des agents territoriaux bénéficient d'une protection santé, seule la moitié des agents sont couverts par une prévoyance.

Cela représente une situation de risque et de précarité. Au-delà de trois mois d'arrêts de maladie sur une période glissante de 365 jours les agents perdent la moitié de leur salaire. Sachant que 75 % des agents sont de catégorie C et ont des revenus faibles, ils passent en dessous du seuil de pauvreté.

Concernant la protection santé, au vu de la situation de précarité d'une partie des agents territoriaux, certains renoncent à des soins faute de mutuelle.

L'UNSA Territoriaux note que la situation pour les agents territoriaux en matière de protection sociale complémentaire est moins favorable à celle des salariés du secteur privé (participation obligatoire des employeurs du privé depuis le 1er janvier 2016).

Le décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 pose de bonnes bases, en permettant une faculté d'aide mais nécessite d'aller plus loin.

La protection sociale complémentaire doit être regardée de manière globale en incluant ses impacts sur les rémunérations, l'action sociale, et le présentéisme des agents dans la collectivité.

Les collectivités doivent veiller à améliorer le quotidien et à être sensibles à la santé physique et mentale de leurs agents. La participation employeur est un levier pour faire adhérer les agents, à condition que le montant soit incitatif. Elle permet de pallier à la situation de précarité de nombreux agents et compense notamment la stagnation des salaires.

## II – Problématiques

Deux choix s'offrent aux collectivités dans le cadre du décret précité : labellisation ou conventionnement.

**La labellisation**, si elle permet une liberté de choix à l'agent, présente toutefois des inconvénients.

Ce système ne permet pas un accès égalitaire à la protection sociale (dépend de l'employeur du conjoint par ex., de la situation financière de l'agent, de sa connaissance des mutuelles, discrimination dans la mesure où certains contrats n'acceptent pas les agents au-delà d'un certain âge, etc).

D'une part, l'une des difficultés réside dans le fait que les agents doivent choisir eux-mêmes leur mutuelle alors qu'il s'agit d'un domaine complexe (complexité de l'offre).

D'autre part, ce système n'incite pas les agents à souscrire un contrat. Pire encore, les agents à faibles revenus sont incités à prendre les garanties les moins coûteuses et donc les plus faibles.

Par ailleurs, dans le cas du recours à la labellisation, le rôle des instances représentatives du personnel est limité puisque le Comité Technique intervient uniquement sur le choix du système de participation et plus ensuite.

Enfin, il convient de relever la difficulté de gestion pour les collectivités, contraintes de réclamer régulièrement des documents à tous les agents concernés afin de vérifier la correspondance avec les critères de participation mis en place par la collectivité le cas échéant.

La labellisation est davantage une opération financière et laisse la possibilité aux collectivités territoriales de se désengager en matière de protection sociale.

**La convention de participation**, autre choix s'offrant aux collectivités, est un système complexe à mettre en œuvre.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un marché public, la procédure spécifique prévue par le décret 2011-1474 et la circulaire afférente, est complexe juridiquement et chronophage.

Cela pose un problème notamment pour les petites collectivités qui n'ont pas forcément les ressources nécessaires pour mettre en œuvre cette procédure.

Pourtant, ce système présente de nombreux avantages.

Le conventionnement, outre qu'il soit plus transparent et égalitaire, permet de placer les employeurs territoriaux au cœur du sujet de la protection sociale complémentaire des agents, en étant de véritables acteurs des droits sociaux des agents.

Il est aussi plus efficient dans la mesure où il est plus facile de négocier des contrats plus intéressants d'un point de vue tarifaire, et qualitatif avec une variété de garanties répondant aux différents besoins et à la diversité des situations des agents.

Le système du conventionnement permet au plus grand nombre d'accéder à la protection sociale complémentaire et plus facilement dans la mesure où la collectivité leur propose différents contrats et leur épargne les démarches de choix personnels d'une mutuelle qui se révèlent complexes.

Cela va également inciter les agents à prendre des bonnes couvertures avec un bon niveau de remboursement.

Par ailleurs, la contractualisation permet d'inclure les retraités plus facilement en faisant fonctionner la solidarité intergénérationnelle. Par exemple, la collectivité peut, après discussion avec les partenaires sociaux, décider que le personnel actif contribue avec une participation de 2 % supplémentaire, permettant aux retraités d'accéder plus facilement aux garanties.

Enfin, le Comité Technique est pleinement acteur puisque sollicité pour avis sur les synthèses de l'examen des offres avant passage en délibération.

## III - Remarque sur l'assiette de la prévoyance

Se pose la question de l'assiette pour la prévoyance. La collectivité choisit de cotiser sur le régime indemnitaire ou non. Cela devrait relever du choix de l'agent ou bien prévoir que l'assiette comprenne obligatoirement le traitement indiciaire brut, la nouvelle bonification indiciaire et le régime indemnitaire. A ce sujet, le régime indemnitaire devrait suivre le même sort que le traitement indiciaire en cas de maladie.

## IV - Pistes de réflexions proposées par l'UNSA Territoriaux

Le conventionnement semble être à privilégier.

Le montant de la participation doit être incitatif pour pousser les agents à adhérer La mutualisation des procédures permet d'épargner aux collectivités le travail fastidieux.

Il convient de conforter les Centres de Gestion dans leur rôle. La mutualisation permet de bénéficier de l'expertise des Centres de Gestion et de faire des gains financiers.

Cette mission doit être obligatoire pour les Centres de Gestion. Il faut pallier à la difficulté rencontrée par les collectivités de petite taille dont les Centres de Gestion ne proposent pas d'offres groupées.

Si le Comité Technique du Centre de Gestion est consulté dans le cadre de mutualisation du conventionnement, il convient de mener une réflexion sur la possibilité d'associer les Comités Techniques des collectivités de plus de 50 agents concernées.

La procédure ne relevant pas des procédures de marchés publics doit être assouplie et doit permettre de donner toute sa place à la négociation.

Renforcer le rôle des partenaires sociaux.

Le décret prévoit que le Comité Technique intervient pour le choix du système de participation (labellisation ou conventionnement) puis, avant délibération de la collectivité, donne son avis sur la présentation des offres. Le Comité Technique devrait également pouvoir intervenir à l'étape de la définition du besoin préalablement à la rédaction du cahier des charges.

La communication et l'information sont à accentuer afin d'intégrer le plus grand monde d'agents, et particulièrement sur le risque prévoyance, dispositif souvent méconnu des plus jeunes agents. Par ailleurs, les retraités doivent être informés de leur possibilité d'adhérer à la convention de participation conclue par leur dernier employeur.

Un fort taux d'adhésion des agents permet de baisser les coûts, tout en renforçant le niveau de protection sociale. Différents leviers existent : campagnes d'informations, renforcer rôle du Comité Technique et des partenaires sociaux (dialogue social, groupes de travail, comités de suivi, etc).

Enfin, le contexte de regroupements de communes pour la création de communes nouvelles, des évolutions des périmètres des communautés de communes ou d'agglomération, de création de métropole, oblige à se questionner sur la couverture géographique des conventions existantes.

## V - Préconisations de l'UNSA Territoriaux

• Instaurer une obligation de délibérer pour les collectivités sur le sujet de la protection sociale complémentaire.

• **Rendre la participation de l'employeur obligatoire**. La protection des agents et la prévention des risques est une réelle priorité et doit terrasser le principe de libre administration.

• Le montant de participation est libre, il convient de prévoir la **fixation d'un plancher à hauteur de 50 %** pour ce qui concerne la santé.

• Ces préconisations sont d'autant plus importantes dans le cadre des fusions ou changement de périmètre géographique des collectivités, dont certaines avaient octroyé une participation employeur à la protection sociale complémentaire, afin que des agents ne se retrouvent pas exclus d'une couverture ou se retrouvent moins bien couverts (participation inférieure ou prestations moindres).

• Au vu des difficultés de santé auxquelles s'ajoutent des difficultés financières des agents à partir de 3 mois de maladie, **rendre la couverture prévoyance obligatoire et la participation employeur à 50 %**.

• La participation est soumise aux charges sociales. **Exonérer la participation des charges sociales**.

• **Instaurer un crédit d'impôts**.

• Privilégier et instaurer des mesures incitatives au choix du conventionnement, plus efficient.

• Renforcer le rôle des Centres de Gestion dans cette mission en la rendant obligatoire.

• Renforcer les moyens d'atteindre l'objectif de **solidarité intergénérationnelle**.

• Permettre aux nouvelles collectivités de rejoindre les conventions de participation des Centres de Gestion.

• **Renforcer le rôle des partenaires sociaux et du Comité Technique** en prévoyant sa participation à la définition du besoin et à l'élaboration du cahier des charges.

*Février 2017*

Fédération Autonome de la
Fonction Publique Territoriale
Pôle Statutaire

# La Protection Sociale Complémentaire

## Contribution de la FA-FPT

Au travers de sa contribution concernant les effets de la mise en œuvre du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, la **FA-FPT** ne souhaite pas ré-ouvrir le débat sur la place de la Protection Sociale Complémentaire par rapport à celle de l'Assurance Maladie.
**Nous rappelons toutefois avec force que l'action de la Sécurité sociale devrait couvrir de manière universelle les besoins en matière de santé de l'ensemble de la population.**

La Protection Sociale Complémentaire –PSC– des agentes et des agents de la Fonction publique est depuis de nombreuses années au cœur des réflexions de **la FA-FPT qui considère ce sujet comme étant un véritable enjeu de santé publique**.

La PSC est, pour ce qui concerne la couverture santé comme pour ce qui relève du maintien de rémunération, **un élément essentiel pour l'accès aux soins** et la qualité de vie des agents de la Fonction publique en cas de maladie.

**Pour toutes ces raisons, la FA-FPT revendique la mise en place d'un socle de prestations obligatoires (Santé et Prévoyance) entièrement couvert par l'employeur public.**

Au-delà de cet aspect garantissant une plus grande équité sociale dans le domaine de l'accès aux soins mais aussi dans celui de la lutte contre la précarité, **la dimension solidaire portée par le champ de la Mutualité française,** notamment pour ce qui concerne **la solidarité intergénérationnelle** au sens large du terme, doit impérativement s'imposer comme **l'une des valeurs fondamentales lors du choix des prestataires.**

**Pour la FA-FPT la PSC ne peut s'inscrire dans une logique de marchandisation des soins mais doit concourir à la défense de notre système de santé publique, facteur de cohésion et de justice sociales.**

Bien qu'encourageant **le dispositif de labellisation**, qui permet notamment la portabilité du contrat entre la mutuelle et l'adhérent(e) en cas de mobilité géographique et **privilégiant ainsi une relation durable entre le prestataire et le ou la bénéficiaire,** la **FA-FPT** n'est pas opposée au principe de la convention de participation.

FÉDÉRATION AUTONOME DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
96, rue Blanche - 75009 PARIS - ☎ 01 42 80 22 22
E-mail: secretariat@fafpt.org - Site Internet : http://www.fafpt.org - Affiliée à la FA-FP

Dans les deux cas de figure, **l'implication des agent(e)s et des organisations syndicales représentatives** dans le processus de mise en place de la PSC au sein de la collectivité ou de l'établissement (choix du prestataire, définition du cahier des charges …) **demeure indispensable aux yeux de la FA-FPT.**

**La participation des adhérentes, des adhérents et des organisations syndicales à la gouvernance des mutuelles** mérite également d'être encouragée afin que la place des agent(e)s ne soit pas réduite à la simple fonction de consommateurs.

En conclusion la **FA-FPT** reprendra son slogan on ne peut plus d'actualité, compte tenu des éléments contenus dans le présent rapport :

**«La Protection Sociale Complémentaire : ce n'est pas un luxe ! »**

Autonome, progressiste, solidaire, avec la **FA-FPT** un autre syndicalisme est possible !

ANNEXE 5

## LISTE DES RAPPORTS DU CSFPT

1. **«LES DIPLOMES DE LA VIE (REP ET VAE) »**
   Rapporteur : Henri JACOT - FS1 - Séance plénière du 22/10/2003

2. **«REUSSIR LA MUTATION DE LA FPT – 20 ANS APRES SA CREATION»**
   Rapporteur : Henri JACOT - FS1 - Séance plénière du 14/04/2004

3. **«RAPPORT D'ORIENTATION SUR LE DROIT SYNDICAL»**
   Rapporteur : Daniel LEROY - FS4 - Séance Plénière du 07/07/2004

4. **«SEUILS ET QUOTAS»**
   Rapporteur : Jean-Claude LENAY - FS3 - Séance plénière du 07/07/2004

5. **«ENJEUX ET DEFIS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE DANS LA FPT»**
   Rapporteur : Serge BECUWE - FS2 - Séance plénière du 07/07/2004

6. **«POUR UNE OBSERVATION PARITAIRE DE L'EMPLOI PUBLIC TERRITORIAL»**
   Rapporteur : Henri JACOT – FS1 – Séance plénière du 27/10/2004

7. **«VERS UNE MODERNISATION DES EXAMENS PROFESSIONNLES DE LA FPT»**
   Rapporteur : Serge BECUWE – FS2 – Séance plénière du 06/07/2005

8. **«LES FILIERES SOCIALE, MEDICO-SOCIALE, MEDICO-TECHNIQUE»**
   Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 19/10/2005

9. **«LIBERTE INEGALITE FRATERNITE»**
   Rapporteur : Evelyne BOSCHERON – FS5 – Séance plénière du 21/12/2005

10. **«ASSISTANTS MATERNLES ASSISTANTS FAMILIAUX : EVOLUER POUR PREPARER L'AVENIR»**
    Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 25/10/2006

11. **«L'ACTION SOCIALE DANS LA FPT»**
    Rapporteur : Daniel LEROY - FS4 - Séance Plénière du 25/10/2006

12. **«LA RECONNAISSANCE DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DANS LA FPT»**
    Rapporteur : Serge BECUWE – FS2 - Séance Plénière du 11/04/2007

13. **«LE DIALOGUE SOCIAL DANS LA FPT»**
    Etude réalisée par les élèves administrateurs de l'INET (promotion MONOD) - Séance Plénière du 04/07/2007

14. **«POUR UNE VISION COORDONNEE DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION DE LA FPT"**
    Rapporteur : Henri JACOT - FS1 - Séance plénière du 28/11/2007

15. **«FILIERE CULTURELLE»**
    Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 20/02/2008

16. **«COMMISSION DEPARTEMENTALE DE REFORME»**
    Rapporteur : Daniel LEROY - FS4 - Séance Plénière du 2/07/2008

17. **«PROPOSITIONS DE CORRECTIFS A APPORTER STATUTAIREMENT POUR LES CATEGORIES C»**
    Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 17/12/2008

18. **«NOUVELLE BONIFICATION INDICIAIRE (NBI) »**
    Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 17/12/2008

19. **«QUELS CADRES DIRIGEANTS ?»**
    Rapporteur : Philippe LAURENT – Groupe cadres dirigeants – Séance plénière du 04/02/2009

20. **«LA FILIERE SPORTIVE»**
Rapporteurs : Isabelle BELOTTI et Jean-Claude LENAY – FS2 et FS3 – Séance plénière du 04/02/2009

21. **«LA FILIERE SAPEURS-POMPIERS»**
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 04/02/2009

22. **«CONCOURS ET EXAMENS PROFESSIONNELS DE LA FPT – BILAN ET PERSPECTIVES»**
Rapporteur : Isabelle BELOTTI – FS2 – Séance plénière du 29/09/2010

23. **«LA PRECARITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE»**
Rapporteurs : Françoise DESCAMPS-CROSNIER et Claude MICHEL – Groupe de travail «précarité»– Séance plénière du 16/03/2011

24. **«IMPACTS DE LA REFORME TERRITORIALE SUR LES AGENTS»**
Etude réalisée par huit élèves administrateurs de l'INET (promotion Salvador Allende) - Séance plénière du 04/01/2012

25. **«LA FILIERE POLICE MUNICIPALE : REFLEXIONS ET PROPOSITIONS»**
Rapporteurs : Claude MICHEL et Didier PIROT – Séance plénière du 05/09/2012

26. **«LIBERTE, INEGALITE, FRATERNITE - L'EGALITE PROFESSIONNELLE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DANS LA FPT»**
Etude réalisée par les élèves de l'IEP – promotion 2011/2012 – séance plénière du 05/09/2012

27. **« ETAT DES LIEUX DES EFFECTIFS DE LA FPT»**
Rapporteurs : Philippe Laurent et Jean-Pierre BOUQUET – le 27/02/2013

28. **«MEDECINS TERRITORIAUX»**
Rapporteurs : Claude MICHEL, Daniel LEROY et Didier PIROT – séance plénière du 24/04/2013

29. **« L'APPRENTISSAGE EN ALTERNANCE DES COLLECTIVITES LOCALES : CONSTATS ET PROPOSITIONS D'EVOLUTION»**
Rapporteur : Didier PIROT – séance plénière du 10/12/2013

30. **«LES EFFETS DES LOIS DE FEVRIER 2007 SUR L'ACCES A L'ACTION SOCIALE DANS LA FPT»**
Rapporteur : Daniel LEROY – séance plénière du 12/03/2014

31. **« MAYOTTE : LES OUBLIES DE LA REPUBLIQUE »**
Rapporteur : Bruno COLLIGNON – séance plénière du 02/07/2014

32. **« LA REFORME DES RYTHMES SCOLAIRES »**
Rapporteur : Didier PIROT et Jean-Claude HAIGRON – séance plénière du 02/07/2014

33. **« LA FILIERE ANIMATION »**
Rapporteur : Jésus DE CARLOS – séance plénière du 18/05/2016

34. **« LIVRE BLANC : DEMAIN, LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE »**
Rapporteur : Philippe LAURENT – séance plénière du 06/ 07/2016

35. **« LES AGENTS TERRITORIAUX SPECIALISES DES ECOLES MATERNELLES (ATSEM) »**
Rapporteur : Jésus DE CARLOS – séance plénière du 02/02/2017

36. **« LA FORMATION PROFESSIONNELLE DES AGENTS DE LA FPT – BILAN ET PERSPECTIVES »**
Rapporteur : Didier PIROT – séance plénière du 1er mars 2017

**Rapports téléchargeables sur le site internet du CSFPT : www.csfpt.org**