Protection sociale complémentaire des agents publics

JUIN 2019

Vincent **LIDSKY**
Irina **SCHAPIRA**

Corinne **DESFORGES**

Laurent **GRATIEUX**
Franck **le MORVAN**
Delphine **CHAUMEL**

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

IGA

INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES ET DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUPRÈS DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Inspection générale des finances	Inspection générale de l'administration	Inspection générale des affaires sociales
N° 2018-M-024-02	N° 19013-R	N° 2019-009R

RAPPORT

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS PUBLICS

Établi par

IRINA SCHAPIRA
Inspectrice des finances

CORINNE DESFORGES
Inspectrice générale de l'administration

LAURENT GRATIEUX
Inspecteur général des affaires sociales

FRANCK LE MORVAN
Inspecteur général des affaires sociales

DELPHINE CHAUMEL
Inspectrice des affaires sociales

Sous la supervision de
VINCENT LIDSKY
Inspecteur général des finances

- JUIN 2019 -

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

IGA

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

SYNTHÈSE

La protection sociale complémentaire (PSC) des agents publics de l'État et des collectivités territoriales repose sur un dispositif mis en place respectivement en 2007 et 2011 pour couvrir les risques « santé » et « prévoyance »[1]. Ce cadre juridique visait principalement à préserver, dans le respect du droit européen, une solidarité en faveur des familles et des retraités mise en œuvre par des mutuelles historiques subventionnées par les employeurs publics et auxquelles l'adhésion, généralement couplée pour la santé et la prévoyance pour la fonction publique d'État (FPE), était facultative.

La participation financière des ministères est dorénavant conditionnée à la mise en œuvre d'un appel public à concurrence, conduisant à référencer un ou plusieurs organismes complémentaires (OC) pour sept ans. Versée aux OC référencés, elle est plafonnée au montant des transferts de solidarité constatés, lesquels résultent de l'écart entre le niveau des prestations et celui des cotisations des adhérents retraités ou avec plus de trois enfants. Tous les ministères, à l'exception de l'Intérieur, ont référencé un ou plusieurs OC à l'occasion d'une deuxième vague de référencement (2017-2018).

Dans la fonction publique territoriale (FPT), les employeurs ont davantage de marges de manœuvre, le montant de la participation financière, bénéficiant aux agents adhérents aux OC proposant des garanties labellisées ou retenus dans le cadre d'une convention de participation, n'étant pas lié à celui des transferts de solidarité. La participation financière de l'employeur peut être versée directement aux agents, et le cas échéant modulée en fonction de leur situation personnelle, ce qui améliore sa lisibilité. La PSC, surtout lorsqu'elle fait l'objet d'une convention de participation, peut être ainsi utilisée comme un facteur d'attractivité de la collectivité en tant qu'employeur.

Dans la FPE, la PSC est faiblement intégrée à la gestion des ressources humaines. Relevant de bureaux en charge de l'action sociale en général peu familiers de cette matière, son cahier des charges et son suivi sont en pratique largement externalisés auprès de cabinets d'actuaires. Aucune étude des besoins préalable à l'élaboration des cahiers des charges, qui définissent en particulier le niveau de couverture attendu, n'a été recensée par la mission. À l'exception de certains ministères, le dialogue social avec les organisations syndicales sur ce sujet est très limité. Aucune corrélation n'a pu être établie entre les caractéristiques de la PSC des ministères et leurs besoins éventuellement spécifiques. Pourtant, la mutualisation entre ministères dans ce domaine est très limitée. Par ailleurs, les OC référencés sont peu associés, en dehors du champ strict de la PSC, aux actions visant à améliorer la santé et les conditions de travail des agents. Enfin, le rôle de coordination joué par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) sur ce sujet est aujourd'hui encore très limité, en dehors d'une circulaire publiée en 2016 visant à appuyer les ministères dans la préparation du deuxième référencement.

La participation financière des ministères à la PSC fait l'objet d'une enveloppe annuelle prévisionnelle, telle que déduite des cahiers des charges du deuxième référencement, **de 28 M€. Elle a connu une diminution depuis 2005.** Estimé à 80 M€ en 2005 (dont près de la moitié correspondait à des aides en nature), le budget annuel maximal inscrit dans les cahiers des charges a diminué de 39 % entre le premier et le deuxième référencement. Ce budget peut différer du montant effectivement versé en raison des transferts de solidarité qui fluctuent d'année en année et des arbitrages internes à l'enveloppe allouée à l'action sociale. Au total, le budget prévisionnel de la PSC, tel qu'annoncé lors du deuxième référencement, représentait en 2017 8 % du total des budgets d'action sociale ministérielle.

[1] La PSC dans la fonction publique hospitalière est abordée dans le cadre d'un rapport distinct.

La participation financière à la PSC est en outre très hétérogène selon les employeurs publics. En moyenne de 12 € par agent de la FPE dans le cadre du deuxième référencement, elle varie fortement selon l'importance accordée à la PSC par rapport aux autres domaines financés sur le budget d'action sociale. Ainsi, aux Affaires étrangères, ce montant annuel atteint 121 € par agent, contre 3 € à l'Éducation nationale. Le niveau de participation financière des collectivités territoriales à la PSC n'est pas connu mais serait en moyenne supérieur à celui de la FPE.

S'il est encore trop tôt pour tirer un bilan du deuxième référencement dans la FPE, les premières données disponibles indiquent que l'ouverture accrue à la concurrence, notamment à travers le référencement, dans la moitié des ministères, de plusieurs organismes a fortement fragilisé le dispositif. Une partie des ministères a adopté cette stratégie pour essayer d'obtenir un meilleur rapport tarifs/garanties et diminuer ainsi le montant de l'enveloppe allouée au dispositif. Au total, 16 OC ont été référencés contre 10 dans le cadre du premier référencement. Pour rester référencés, des OC historiques « tenants » des référencements ont été amenés à baisser leurs tarifs ou à améliorer leurs garanties sans augmenter les tarifs dans le cadre de cahiers des charges ministériels jugés rigides, au risque de fragiliser l'équilibre économique de leur offre. Certains OC « entrants » ont pu proposer des tarifs très concurrentiels avec la perspective de concentrer leurs recrutements sur les agents actifs présentant le meilleur profil de risques (jeunes agents entrant dans la fonction publique notamment).

Le multiréférencement brouille encore la lisibilité du dispositif et accroît la segmentation des adhérents. Aucun des cinq ministères concernés (Éducation nationale, Culture, Affaires sociales, Armées, Agriculture) n'a pu démontrer à la mission que la concurrence entre organismes référencés avait permis d'améliorer le rapport tarifs/garanties. En revanche, il est certain que le multiréférencement engendre plusieurs effets pervers :

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

Aucune disposition ne pouvant, dans le cadre d'un dispositif facultatif, obliger les mutuelles historiques à basculer leurs adhérents vers les garanties nouvellement référencées, la majorité d'entre eux seraient restés à ce stade sur les garanties anciennement référencées. Alors qu'environ sept agents actifs sur dix adhéraient à une offre référencée en 2017, ce chiffre s'est effondré en 2019, sans que la mission soit en mesure de le mesurer précisément. En effet, les garanties nouvellement référencées ne sont pas jugées viables par certains OC « tenants » au regard de la structure de leurs adhérents qui inclut le stock des retraités et parce qu'elles contrarient leur modèle économique (notamment l'adhésion groupée à des mutuelles d'action sociale). Elles ne sont donc que peu proposées aux nouveaux adhérents. Les OC « entrants », de leur côté, ne sont parvenus à recruter qu'un nombre encore marginal d'agents.

En conséquence, sans tenir compte des transferts de solidarité éventuellement réalisés sur les garanties qui ne sont plus référencées, **les transferts de solidarité compensables sur les garanties référencées devraient être quasiment nuls en 2019 dans au moins quatre ministères (Éducation nationale, Culture, Affaires sociales, Armées), interdisant de fait à ces employeurs de participer financièrement cette année à la PSC de leurs agents, pour une économie globale de 21 M€ constituée des montants de participations prévus.**

Au regard de ces constats réalisés au lendemain de l'entrée en vigueur du deuxième référencement, la mission recommande en priorité, dans le cadre du dialogue qui s'ouvrira à l'été avec les organisations syndicales sur ce sujet sous la conduite de la DGAFP, de clarifier les objectifs assignés à la PSC dans la fonction publique. **La mission a identifié deux ensembles de mesures, pouvant être mises en œuvre dès 2019 d'une part et après 2024 d'autre part, visant à améliorer le dispositif selon les objectifs qui lui ont été assignés, à savoir : (i) alléger le coût d'accès à la couverture complémentaire et favoriser une couverture adaptée aux besoins des agents publics et (ii) d'un point de vue plus systémique, encourager des transferts de solidarité au bénéfice des retraités et des familles.** La mission recommandant de préserver les marges de manœuvre des collectivités territoriales en matière de PSC, ce qui correspond également au souhait exprimé par les interlocuteurs rencontrés dans ce champ, la majorité des mesures concernent la seule FPE.

Dès lors que les ministères se sont engagés récemment, et pour une durée de sept ans, dans des conventions de référencement, la mission distingue :

- **un ensemble de mesures consistant, avant 2024, à :**
  - favoriser la bascule des agents vers les garanties nouvellement référencées**,** en informant mieux les agents sur l'importance de la couverture en particulier de la prévoyance et, lorsque cela est nécessaire, en négociant avec les OC qui portent ces garanties (couplant la couverture en santé et en prévoyance) ;
  - augmenter la participation financière des employeurs à la PSC sur les garanties santé, selon différentes options dont le coût total dans les cahiers des charges, s'étale entre 60 M et 1,3 Md €;
  - autoriser, également après négociation avec les OC référencés, le versement individuel de cette participation. Cette dernière pourrait être uniforme si son montant est suffisamment significatif ou, si ce n'est pas le cas, ciblée sur des catégories d'agents à déterminer ;
  - en matière de prévoyance, étudier un rapprochement des garanties statutaires offertes aux contractuels avec celles des fonctionnaires et ouvrir la possibilité de souscrire seulement à une couverture prévoyance ;
  - prévoir une participation supplémentaire de l'employeur à la couverture prévoyance, via un mécanisme spécifique transitoire, reposant sur la souscription par les agents d'une garantie référencée ou d'une garantie comparable respectant des conditions fixées par décret. .
- **trois scénarios visant au terme du deuxième référencement**,
  - soit à rester dans le cadre d'un référencement mais dans une logique plus proche de celle des contrats de groupe dans le privé, ce qui suppose de privilégier le monoréférencement, voire d'ouvrir aux ministères la possibilité de mettre en place des contrats de groupe à adhésion obligatoire -ce qui suppose une aide fortement relevée-, mais également de négocier avec les OC des garanties mieux articulées avec le statut en matière d'incapacité de travail ;
  - soit, sans remettre en cause la possibilité d'un référencement, à ouvrir à tous les employeurs publics la possibilité, alternative par rapport au référencement, de « labelliser » un nombre limité d'offres de couverture complémentaire respectant un cahier des charges suffisamment exigeant et garantissant l'absence de sélection des risques, notamment par un mécanisme de péréquation ;
  - soit, si l'objectif général de solidarité, notamment intergénérationnelle, est privilégié, et dans une logique plus systémique, à supprimer la spécificité du dispositif de PSC dans la fonction publique en matière de santé, en instruisant la possibilité d'étendre le caractère obligatoire des transferts de solidarité entre actifs et retraités à tous les contrats responsables et solidaires.

Le tableau ci-dessous récapitule les mesures recommandées par la mission dans le champ de la FPE.

Synthèse

Mesures/scénarios	Textes à modifier	Avantages	Inconvénients
Avant la fin du deuxième référencement			
Favoriser la bascule des adhérents vers les garanties nouvellement référencées	Conventions de référencement	▪ Permet d'accroître les transferts de solidarité ▪ Permet la participation financière des ministères	▪ Suppose, le cas échéant, de renégocier avec les OC
Augmenter le niveau de participation financière des ministères	Conventions de référencement	▪ Permet, en fonction du niveau d'augmentation, d'afficher un montant significatif par agent ▪ Permet de compenser une part supérieure des transferts de solidarité	▪ Coût budgétaire situé entre 60 M et 1,3 Md€ selon l'option choisie
Individualiser le versement de l'aide de l'employeur et/ou la cibler sur la prévoyance (éventuellement par un dispositif de financement distinct de celui du décret de 2007) et/ou certaines catégories d'agents	Décret du 19 septembre 2007 et conventions de référencement	▪ Améliore la lisibilité de la participation de l'employeur	▪ Mesure incompatible avec une enveloppe financière réduite, sauf ciblage
Améliorer les garanties statutaires en cas d'incapacité de travail, en priorité au bénéfice des contractuels Ouvrir la possibilité de souscrire seulement à une couverture prévoyance	Décret du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'État Décret du 19 septembre 2007	▪ Améliore l'équité de traitement entre contractuels et titulaires ▪ Améliore le niveau et l'étendue de la couverture en prévoyance	▪ Coût budgétaire lié à l'alignement des règles applicables aux contractuels sur celles des titulaires ▪ Suppose d'obtenir l'accord des OC référencés, sauf dispositif de financement distinct
Prévoir une participation supplémentaire de l'employeur à la couverture prévoyance, via un mécanisme spécifique transitoire	Décret du 19 septembre 2007	▪ Améliore l'étendue de la couverture en prévoyance	▪ Coût budgétaire en fonction du niveau de participation retenu
À l'issue du deuxième référencement			
Scénario 1 : approfondir le système de référencement sur le modèle des contrats de groupe qui existent dans le secteur privé et améliorer la cohérence entre les garanties prévoyance et le statut	-	▪ Meilleure imbrication entre GRH et PSC grâce au partenariat avec un seul OC	▪ Moins de choix pour les agents ▪ Obligation de changer d'OC si changement d'employeur

Mesures/scénarios	Textes à modifier	Avantages	Inconvénients
		▪ Pas de segmentation des adhérents entre OC	
Améliorer l'articulation entre les garanties statutaires et les garanties de prévoyance en encadrant les conditions d'attribution des prestations	Cahier des charges des appels d'offres et conventions de référencement Le cas échéant, décret du 19 septembre 2007	▪ Amélioration de la protection des agents	▪ Risque de hausses tarifaires
Supprimer la possibilité de référencer plusieurs organismes sur un même périmètre et favoriser les regroupements	-	▪ Meilleure imbrication entre GRH et PSC grâce au partenariat avec un seul OC ▪ Pas de segmentation des adhérents entre OC	-
Ouvrir la possibilité aux ministères, comme aux collectivités territoriales, de mettre en place des contrats de groupe à adhésion obligatoire	-	▪ Pas d'anti-sélection donc possibilité de baisses tarifaires	▪ Suppose une participation financière suffisante de l'employeur
Scénario 2 : élargir la palette des dispositifs accessibles à l'ensemble des employeurs publics pour financer la PSC en autorisant le financement par les employeurs de couvertures complémentaires conformes à un cahier des charges et garantissant l'absence de sélection des risques, notamment par un mécanisme de péréquation	-	▪ Plus de flexibilité pour les employeurs ▪ Échelle de mutualisation des risques élargie ▪ Pas besoin de changer d'OC en cas de mobilité si l'employeur participe à toute offre labellisée	▪ Risque de segmentation des adhérents ▪ Moindre lisibilité du point de vue des agents
Scénario 3 : supprimer la spécificité du dispositif de PSC dans la fonction publique pour la couverture santé, le cas échéant dans le cadre d'une réforme des contrats responsables imposant des transferts de solidarité au bénéfice des familles et des retraités	-	▪ Alignement public/privé du point de vue du cahier des charges des contrats responsables	▪ Risque de hausses tarifaires pour les adhérents contributeurs à la solidarité, notamment les jeunes actifs ▪ Plus ou moins de solidarité actifs/retraités selon l'option choisie

SOMMAIRE

INTRODUCTION....1

1. LA PSC DES AGENTS PUBLICS REPOSE SUR UN DISPOSITIF COMPLEXE VISANT À PERMETTRE UNE PARTICIPATION FINANCIÈRE DES EMPLOYEURS À UNE COUVERTURE DEVANT FAVORISER DES TRANSFERTS DE SOLIDARITÉ....3

1.1. Ce dispositif a été conçu pour rendre compatible le soutien des employeurs publics à la PSC de leurs agents avec le droit européen....3

1.1.1. Le système antérieur reposait sur des subventions allouées par les ministères à des mutuelles « historiques »....3

1.1.2. Le nouveau dispositif visait à préserver autant que possible l'existant dans le cadre posé par la Commission européenne....4

1.1.3. Calqué en grande partie sur les pratiques des mutuelles de fonctionnaires de l'État, le dispositif juridique mis en place est complexe et la participation financière de l'employeur dans la FPE n'est pas directement lisible pour les bénéficiaires....5

1.2. Dans la FPE, les transferts de solidarité, qui bénéficient en majorité aux familles, tendent à diminuer et ne sont que partiellement compensés par les ministères .8

1.2.1. Les transferts de solidarité, d'ampleur variable selon les ministères et selon les années, sont pour deux tiers familiaux et ont diminué dans la plupart des ministères entre 2015 et 2017....8

1.2.2. La participation financière des ministères à la PSC, qui résulte d'arbitrages au sein de l'enveloppe consacrée à l'action sociale, sous-compense chaque année les transferts de solidarité effectués....10

1.3. Dans le cadre d'une PSC peu articulée avec la stratégie en matière de ressources humaines, les besoins en couverture, plus marqués en matière de prévoyance, sont mal appréhendés par les employeurs....17

1.3.1. L'élaboration largement externalisée de la PSC ne favorise pas son imbrication avec les priorités des DRH qui entretiennent sur ce sujet un dialogue limité avec les organisations syndicales....17

1.3.2. Chargés de définir les niveaux de garanties, les DRH ne sont pas en mesure d'objectiver si la couverture proposée répond aux besoins des agents....21

2. LE DEUXIÈME RÉFÉRENCEMENT, MARQUÉ PAR UNE OUVERTURE ACCRUE À LA CONCURRENCE ET LA RECHERCHE PRIORITAIRE D'UN MEILLEUR RAPPORT GARANTIES/TARIFS, A MIS EN ÉVIDENCE LES FRAGILITÉS DU DISPOSITIF....30

2.1. En misant sur une ouverture accrue à la concurrence, les ministères ont cherché à obtenir des tarifs plus favorables, et pour certains à diminuer leur soutien financier à la PSC....30

2.1.1. À travers une remise en cause de la position des mutuelles historiques, les ministères ont incité l'ensemble des acteurs à proposer des offres plus attractives sur le plan tarifaire....30

2.1.2. La participation financière annuelle prévue par les ministères dans le cadre de la PSC, soit 28 M€, a diminué de 39 % entre le premier et le deuxième référencement....32

2.2. L'ouverture en trompe-l'œil à la concurrence dans certains ministères se traduit en pratique par une segmentation des risques qui compromet les transferts de solidarité et la participation financière des employeurs 33
2.2.1. Du fait de l'absence de bascule automatique vers les offres nouvellement référencées, dont la viabilité économique pose question, les premières données disponibles font apparaître une baisse conséquente du nombre d'adhérents à un contrat référencé 33
2.2.2. Le multiréférencement brouille encore la lisibilité du dispositif, complexifie son suivi et accroît la segmentation des adhérents 35
2.2.3. Cette segmentation devrait engendrer une baisse drastique des transferts de solidarité et de la participation financière des employeurs qui, conjuguée aux évolutions en cours de la complémentaire santé, pourrait fragiliser l'équilibre financier de certains organismes 36

3. LE CHOIX D'UN SCÉNARIO D'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DOIT REPOSER SUR UNE CLARIFICATION DE SES OBJECTIFS ET TENIR COMPTE DES ENGAGEMENTS PRIS PAR L'ÉTAT DANS LE CADRE DU DEUXIÈME RÉFÉRENCEMENT 38

3.1. Dans la FPE, en attendant la fin du deuxième référencement, la mission recommande un aménagement du dispositif existant qui est en grande partie conditionné à une augmentation de l'enveloppe globale allouée à la PSC 38
3.1.1. Lever les freins à la bascule des adhérents, en particulier retraités, des contrats anciennement référencés vers les contrats nouvellement référencés et renforcer l'information des agents sur la prévoyance 38
3.1.2. Augmenter le niveau de participation financière des ministères, en le rapprochant du secteur privé ou du niveau par agent le plus élevé à l'heure actuelle ou, a minima, en prenant en charge une part accrue des transferts de solidarité 40
3.1.3. Individualiser le versement de l'aide et, le cas échéant, la cibler sur les agents qui en ont le plus besoin et/ou sur la prévoyance 43
3.1.4. En matière de prévoyance, étudier en priorité un rapprochement des garanties statutaires offertes aux contractuels de celles des fonctionnaires, ouvrir la possibilité de souscrire seulement à une couverture prévoyance et permettre une participation spécifique des employeurs 46

3.2. Dans la FPT, la mission recommande d'améliorer les conditions de mise en œuvre de la labellisation et d'ouvrir dès 2020 aux collectivités volontaires la possibilité de mettre en place des contrats collectifs à adhésion obligatoire 47
3.2.1. Renforcer les exigences associées à la procédure de labellisation 47
3.2.2. Ouvrir aux collectivités volontaires la possibilité de mettre en place des contrats collectifs à adhésion obligatoire 47

3.3. Au terme du deuxième référencement, trois scénarios d'évolution sont envisageables dans la FPE 48
3.3.1. Scénario 1 : approfondir le système de référencement sur le modèle des contrats de groupe qui existent dans le secteur privé et améliorer la complémentarité entre les garanties prévoyance et le statut 48
3.3.2. Scénario 2 : élargir la palette des dispositifs accessibles à l'ensemble des employeurs publics pour financer la PSC en autorisant le financement par les employeurs de couvertures complémentaires conformes à un cahier des charges 50
3.3.3. Scénario 3 : supprimer la spécificité du dispositif de PSC dans la fonction publique pour la couverture santé, le cas échéant dans le cadre d'une réforme plus systémique des contrats responsables 50

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 21 décembre 2018, les directeurs de cabinet des ministres respectivement en charge des solidarités et de la santé, de l'action et des comptes publics, de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales ainsi que du secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics ont demandé aux Inspections générales des finances (IGF), des affaires sociales (IGAS) et de l'administration (IGA) d'actualiser leurs diagnostic et recommandations sur la protection sociale complémentaire (PSC) dans les trois fonctions publiques.

Ces travaux, dont le cadrage a donné lieu à des échanges entre les trois services d'inspection et les cabinets entre février et décembre 2018, s'inscrivent en effet à la suite d'une mission réalisée sous le même format dont le rapport, qui n'a pas été rendu public, a été remis à ses commanditaires en mai 2015. En accord avec les cabinets, la présente mission visait plus particulièrement à :

- étendre le diagnostic à la fonction publique hospitalière (FPH), exclue du périmètre en 2015, et qui fait dans le cadre de cette mission l'objet d'un rapport distinct ;
- fournir un état des lieux de la PSC dans la fonction publique d'État (FPE) à la suite du deuxième référencement qui est intervenu à partir de 2017 ;
- appuyer la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) dans la préparation de la concertation qu'elle a décidé d'ouvrir sur ce sujet à l'été 2019 avec les organisations syndicales en recommandant toutes mesures utiles pour améliorer l'efficience de la participation financière des employeurs à la PSC et son impact sur la couverture, en santé et prévoyance, des agents publics dans le cadre des objectifs que l'État et les partenaires sociaux souhaiteraient assigner à ce dispositif.

À titre liminaire, il convient de souligner que :

- ce rapport est centré sur la FPE, en raison de la difficulté à obtenir des données consolidées et fiables pour la fonction publique territoriale (FPT), mais aussi parce que la mission recommande de préserver les marges de manœuvre des employeurs territoriaux dans un cadre juridique qui pourrait néanmoins être amélioré ;
- le calendrier des travaux de la mission (janvier à avril 2019) a contraint sa capacité à établir un diagnostic exhaustif, du fait des données limitées disponibles à date sur le deuxième référencement, très récent ;
- sans préjuger de l'issue de la concertation avec les organisations syndicales, les engagements pris pour sept ans par les ministères dans les conventions de référencement signées en 2017 ou 2018 pourraient restreindre leur capacité à appliquer dans l'immédiat une partie des leviers proposés ;
- le sujet de la PSC, au-delà du référencement lui-même sur lequel s'est centrée la mission, mériterait d'être abordé de façon systémique en lien avec les évolutions en cours dans la fonction publique (extension du recours aux contractuels en particulier) mais également à l'aune des travaux, conduits par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, visant à définir une frontière plus pertinente entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire.

Pour mener à bien ses travaux, la mission a échangé avec les responsables de la PSC dans l'ensemble des ministères[2] et dans un échantillon (non représentatif) de collectivités territoriales, les représentants des organisations syndicales dans leurs trois versants (FPE, FPH et FPT), les organismes complémentaires référencés et certains organismes complémentaires non-référencés. Certaines des données transmises à la mission par ces organismes sont protégées par le secret industriel et commercial.

Sur la base de ces échanges et des données obtenues de la part des ministères, qui ont répondu à un questionnaire adressé par la DGAFP en février 2019, ainsi que des organismes complémentaires référencés, le présent rapport montre que :

- la PSC des agents publics donne lieu à un dispositif complexe visant à permettre une participation financière des employeurs à une couverture devant favoriser des transferts de solidarité (1) ;
- le deuxième référencement, marqué par une ouverture accrue à la concurrence et la recherche prioritaire d'un meilleur rapport garanties/tarifs, a mis en évidence les fragilités du dispositif (2) ;
- le choix d'un scénario d'évolution de ce dispositif doit reposer sur une clarification de ses objectifs et tenir compte des engagements pris par l'État dans le cadre du deuxième référencement (3).

[2] La mission n'a pas interrogé l'ensemble des établissements publics de l'État ; elle a constaté que certains sont inclus dans le périmètre du référencement de leur ministère de rattachement et que d'autres ne le sont pas.

1. La PSC des agents publics repose sur un dispositif complexe visant à permettre une participation financière des employeurs à une couverture devant favoriser des transferts de solidarité

1.1. Ce dispositif a été conçu pour rendre compatible le soutien des employeurs publics à la PSC de leurs agents avec le droit européen

1.1.1. Le système antérieur reposait sur des subventions allouées par les ministères à des mutuelles « historiques »

Jusqu'en 2006, le code de la mutualité[3] disposait que l'État pouvait accorder aux mutuelles constituées entre les fonctionnaires des subventions destinées notamment à développer leur action sociale et participer à la couverture des risques sociaux assurés par ces mutuelles. L'arrêté du 19 septembre 1962 pris en application de ces dispositions encadrait le versement de cette subvention. Le montant du soutien financier de l'État aux mutuelles dans le cadre de la PSC était estimé en 2005 à 80 M€[4]. Ce dispositif n'était pas applicable en droit aux autres fonctions publiques[5].

Ce cadre a été remis en cause en 2005 à la suite de deux contentieux engagés par une mutuelle interprofessionnelle :

- le Conseil d'État[6] a jugé que, en tant qu'il était réservé aux seules « *mutuelles constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux* », il excluait toute mutuelle affiliant également d'autres catégories de publics, en contrariété avec le principe d'égalité ;
- la Commission européenne, dans une recommandation du 20 juillet 2005, a considéré que le dispositif constituait une aide d'État incompatible avec les traités européens, dès lors qu'il procurait à ces mutuelles « *un avantage sélectif par rapport à d'autres entités présentes sur le marché de l'assurance complémentaire santé* »[7].

---

[3] L'article R. 523 2 du code de la mutualité (ancien) est resté presque inchangé entre 1945 et 2006.

[4] *Audit économique et financier des mutuelles de la fonction publique*, décembre 2005. Selon cet audit, la moitié du soutien financier de l'État correspondait à des aides en nature (mise à disposition de personnels et de locaux). La mission recommandait la clarification par l'État des objectifs assignés à ce dispositif avec la possibilité de verser une aide *per capita* aux contrats respectant certaines conditions.

[5] Une circulaire du ministère de l'intérieur du 5 mars 1993 avait prévu que les collectivités territoriales pouvaient participer au financement de mutuelles dans les mêmes conditions que l'État, au nom du principe de parité, mais cette circulaire n'avait pas de base légale explicite et ne permettait en tout cas pas de fonder des mécanismes de cotisations individualisées par agent tels que certaines collectivités avaient lancé. (Cf. Conseil d'État - Mutuelle Générale des Personnels des Collectivités Locales et de leurs Etablissements - 13 janvier 1988). Les pouvoirs publics n'avaient pris aucune initiative de ce type pour les agents hospitaliers. Cette abstention pouvait être motivée par le fait que ces agents bénéficiaient déjà d'une participation de l'employeur à des dispositifs d'une autre nature mais ayant une portée comparable, à travers les soins directement pris en charge par l'employeur et le dispositif de maintien de rémunération assuré par le comité de gestion des œuvres sociales (qui seront présentés dans le rapport dédié).

[6] Arrêt du Conseil d'État du 26 septembre 2005, qui annule le refus d'abrogation des dispositions en cause et laisse à l'État six mois pour y procéder.

[7] Leur participation à ce marché – où sont également présentes des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance - étant formalisée par leur inclusion dans le champ des directives assurances, transposées en droit interne depuis 2001 par le nouveau code de la mutualité.

1.1.2. Le nouveau dispositif visait à préserver autant que possible l'existant dans le cadre posé par la Commission européenne

À la suite de l'abrogation en 2006 du dispositif prévu par le code de la mutualité, les pouvoirs publics de l'époque souhaitaient, dans un cadre compatible avec le droit européen, préserver autant que possible l'existant, sans pour autant y consacrer davantage de moyens financiers, avec deux types d'objectifs :

- maintenir les solidarités, notamment intergénérationnelles, déjà mises en œuvre par des mutuelles historiquement présentes dans la FPE, en évitant de fragiliser davantage ces acteurs déjà en mutation profonde, en particulier du fait de contraintes prudentielles accrues ;
- donner une base légale claire aux régimes mis en place par des collectivités territoriales.

Si des dispositions réglementaires pouvaient y pourvoir dans le cas de l'État, il est apparu préférable de poser des principes transversaux à l'ensemble des fonctions publiques. Ces principes ont donc été énoncés successivement dans des textes législatifs adoptés entre 2007 et 2009[8] ainsi que dans trois décrets (datés respectivement du 19 septembre 2007 pour la FPE, du 5 juillet 2010 pour les militaires[9] et du 8 novembre 2011 pour la FPT).

Les dispositifs prévus, d'une part pour la FPE en 2007 et, d'autre part pour la FPT en 2010, ont été approuvés par la Commission européenne qui, dès lors que la France a choisi le cadre d'une aide au consommateur, admet leur validité au regard notamment[10] :

- d'un objectif social tenant à un « *degré important de solidarité intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération* » ;
- des conditions transparentes, objectives et non discriminatoires de choix des organismes assureurs.

[8] S'agissant des dispositions transversales aux fonctionnaires et agents civils, il s'agit de l'article 22 bis du titre Ier du statut général de la fonction publique (loi n°83-684), issu de l'article 39 de la loi n° 2007 148 du 2 février 2007 ; pour les militaires, l'article L. 4123 3 du code de la défense, issu de l'ordonnance n°2007 465 du 29 mars 2007 (et rédigé en termes quasi identiques à ceux de l'article 22 bis) ; pour les collectivités territoriales, les dispositions complémentaires de l'article 88 2 du titre III du statut général (loi n° 84 53), issu de l'article 38 de la loi du 3 août 2009 ; l'ensemble des dispositions législatives et réglementaire est présenté et commenté en annexe n° III.

[9] Pour simplifier la lecture, on fera généralement référence au seul décret de 2007 quand on se réfèrera aux textes relatifs à l'État et ses établissements publics.

[10] Ces critères sont précisés dans les courriers adressés à la France le 30 mai 2007 (C(2007)2198) et le 11 février 2011 (C(2011)1008).

1.1.3. Calqué en grande partie sur les pratiques des mutuelles de fonctionnaires de l'État, le dispositif juridique mis en place est complexe et la participation financière de l'employeur dans la FPE n'est pas directement lisible pour les bénéficiaires

1.1.3.1. Les modalités de calcul et de versement de la participation financière de l'employeur sont davantage encadrées dans la FPE que dans la FPT

Pour respecter le cadre validé par la Commission européenne, le dispositif de référencement prévu pour la FPE[11] repose sur :

- la **mise en concurrence,** sur la base d'un cahier des charges, des organismes souhaitant être référencés[12] au titre de la couverture couplée du risque maladie et de la prévoyance[13] ;
- des **obligations de solidarité imposées aux organismes référencés en lien avec l'objet social du dispositif** : l'absence d'âge maximal d'adhésion et, pour les prestations santé en nature, l'écart maximal de un à trois entre les montants minimal et maximal de cotisations au-delà de 30 ans[14], l'interdiction d'une tarification selon l'état de santé et le plafonnement du tarif pour les familles à celui des familles de trois enfants ;
- un **plafonnement de la participation financière**, versée directement aux organismes, au niveau des transferts de solidarité intergénérationnels et familiaux au titre de la couverture du risque santé.

Une difficulté inhérente au dispositif, qui en explique la complexité, est de concilier le principe de solidarité avec le caractère facultatif de la couverture, dès lors que les contributeurs nets à cette solidarité peuvent trouver à s'assurer à un coût moindre pour des prestations identiques, auprès d'un autre organisme complémentaire. Ils ne peuvent y trouver un intérêt à long terme que s'ils ont la conviction qu'ils bénéficieront eux-mêmes de cette solidarité, ce qui suppose à la fois qu'ils envisagent d'exercer durablement une activité relevant du régime et que celui-ci leur paraisse suffisamment soutenable dans la durée.

Un organisme couvrant une population à la fois large et stable peut répondre à cette double condition, ce qui explique le positionnement particulier des mutuelles historiques de la fonction publique. Cette situation peut être remise en cause par des évolutions structurelles (comportement des consommateurs recherchant un moindre coût immédiat, moindre stabilité dans la profession, vieillissement démographique accroissant le poids relatif de la solidarité). Ainsi, une analyse récente de la Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)[15] montre que les différences, en matière de tarification, s'estompent entre les types d'organismes d'assurance, le rapport moyen entre les tarifs à 75 ans et à 20 ans variant de 2,6 pour les mutuelles, à 3,4 pour les sociétés d'assurance[16].

---

[11] Les modalités de mise en œuvre et de suivi du référencement sont encadrées par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et par six arrêtés datés du 19 décembre 2007.

[12] Le référencement a pour seul objet l'ouverture d'un droit à la participation de l'employeur. L'article 3 du décret de 2007 précise que les organismes de référence sont « *choisis pour mettre en oeuvre les garanties donnant lieu à la participation* » de l'employeur. Par simplification, on emploiera dans la suite du rapport les termes de « garanties référencées ».

[13] Incapacité temporaire de travail, invalidité et décès.

[14] 24 ans pour les militaires.

[15] La complémentaire santé – acteurs, bénéficiaires, garanties, Panoramas de la DREES santé, 2019 (fiche 10 : les différents modes de tarification des organismes de complémentaires santé).

[16] Le rapport reste de 1,5 pour les mutuelles les plus solidaires (mutuelles de fonctionnaires ou de grandes entreprises). Par ailleurs, l'écart demeure plus important pour le rapport moyen entre les tarifs à 85 ans et 20 ans,

1.1.3.2. Le soutien financier de la part de l'État est conditionné par des transferts de solidarité en complémentaire santé au bénéfice des familles et des retraités

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

- chaque organisme référencé calcule chaque année les montants de transferts de solidarité résultant de l'addition (i) des transferts intergénérationnels, soit la somme des écarts constatés pour chacun des adhérents âgés[17] pris en compte entre les prestations versées et les cotisations correspondantes et (ii) des transferts familiaux, soit la somme des écarts constatés, pour chacun des ayants droit entre les prestations versées et les cotisations correspondantes[18] ;
- l'employeur attribue ensuite à chaque organisme un montant de participation sous le plafond des transferts, et ce en cohérence avec le montant indicatif annoncé dans le cahier des charges sur la base duquel chaque organisme référencé a construit ses offres.

À noter que ce mode de calcul des transferts de solidarité ne prend en compte qu'indirectement les effets de la modulation éventuelle de la cotisation en fonction de la rémunération[19].

Le décret du 19 septembre 2007 ne prévoit pas la possibilité pour les ministères de verser directement aux agents concernés la participation financière à la PSC, ce qui nuit à la lisibilité globale du dispositif pour les agents[20].

qui atteint 2,7 pour les mutuelles et 4,1 pour les sociétés d'assurance. En outre, 9 % des personnes couvertes par des mutuelles voient leur tarif modulé en fonction de leur ancienneté dans le contrat contre 5 % pour les personnes couvertes par des sociétés d'assurance.

[17] Dans la FPE seuls les transferts opérés en faveur des retraités dans le cadre de la santé sont pris en compte tandis que, dans la FPT, les transferts de solidarité intergénérationnels en matière de prévoyance au bénéfice des agents de plus de 50 ans peuvent également être imputés.

[18] Le calcul des transferts est réalisé en majorant les prestations par les variations de provisions techniques et par un chargement de gestion forfaitaire de 10 % déduction faite, pour les cotisations, de la taxe de solidarité additionnelle sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire (TSCA) et de la variation des provisions pour cotisations non acquises.

[19] Cette pratique de « solidarité contributive », qui était une pratique courante dans les mutuelles « historiques », a été abandonnée par la plupart des mutuelles. Elle reste pratiquée par exemple par la MGEN, avec un plafond pour la rémunération prise en compte. Certaines institutions de prévoyance (institutions paritaires relevant du code de la sécurité sociale) pratiquent aussi une tarification proportionnelle au salaire (plafonné en général au montant du plafond annuel de sécurité sociale –PASS- soit 40 524 € en 2019).

[20] Ainsi, l'impact individuel de la participation de l'employeur peut être présenté analytiquement de deux manières :

- soit en transposant la formule de calcul prévue par le décret, en indiquant pour chaque assuré bénéficiaire des transferts de solidarité l'écart entre ses cotisations et ses prestations ;

- soit, comme le fait au moins un organisme, en indiquant pour chaque assuré actif les cotisations supplémentaires qu'il aurait dû acquitter pour financer le même niveau de transferts de solidarité, en l'absence de participation de l'employeur.

1.1.3.3. Le cadre offert aux collectivités territoriales est plus souple mais rend la mise en œuvre du principe de solidarité plus incertaine

Conformément au décret du 8 novembre 2011, une collectivité territoriale a le choix entre trois formules[21] :

- conclure, après appel d'offres, une **convention de participation** avec un seul organisme par type de prestations (en nature et/ou en espèces) ;
- bénéficier d'une ou de deux conventions de participation du même type conclues par le centre de gestion dont elle relève (il s'agit là d'une prestation facultative pour le centre de gestion entrainant une rémunération) ;
- financer, hors toute convention, les prestations servies par des organismes dans le cadre de règlements ou contrats **labellisés** au plan national par des opérateurs eux-mêmes habilités par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

Si la première solution se rapproche de la convention de référencement, les deux autres mécanismes ont été spécifiquement conçus pour répondre aux besoins de petites collectivités, qui n'ont pas *a priori* les services de ressources humaines d'une taille suffisante pour gérer un tel appel d'offres et négocier en toute connaissance de cause une convention[22].

Ce cadre autorise également en pratique une approche moins contraignante des transferts de solidarité bien que l'objectif d'une solidarité entre actifs et retraités figure clairement dans les dispositions spécifiques à la FPT :

- le calcul de la participation financière des employeurs, qui peut être versée directement aux agents et modulée selon leur situation personnelle, est fonction des cotisations versées[23] et non des transferts de solidarité réalisés, ce qui la rend plus lisible que dans la FPE ;
- l'appréciation d'éventuels transferts de solidarité n'intervient, parmi d'autres paramètres, qu'au stade du choix de l'organisme complémentaire, dans le cadre des conventions de participation, et rien n'oblige à lui accorder une pondération significative ;
- elle n'intervient pas du tout dans le cadre de la labellisation, le labellisateur n'opérant qu'un contrôle formel et *a priori* sur le respect des règles de solidarité dans les règlements ou contrats labellisés sans s'assurer de la réalité des transferts réalisés annuellement[24].

---

[21] L'annexe n° III pointe un certain nombre de différences difficilement justifiables entre cet ensemble de dispositions et celles applicables du côté de l'État.

[22] En pratique la problématique est comparable pour un établissement public national ayant un faible nombre d'agents et elle peut être traitée par une adhésion à la convention de référencement déjà conclue par le ministère de tutelle, pour peu que celle-ci en prévoie la possibilité, ce qui n'est pas sans rappeler la formule offerte via les centres gestion pour les collectivités territoriales.

[23] Dans la FPT, 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 (le plafond global est donc la somme des plafonds individuels).

[24] Il faut ajouter à cela la circonstance de fait de l'atomisation de l'offre labellisée (270 offres ayant un label en vigueur au 15 avril 2019, dont 216 pour les seules prestations santé en nature), qui rend très aléatoire la mutualisation effective des risques.

1.2. Dans la FPE, les transferts de solidarité, qui bénéficient en majorité aux familles, tendent à diminuer et ne sont que partiellement compensés par les ministères

1.2.1. Les transferts de solidarité, d'ampleur variable selon les ministères et selon les années, sont pour deux tiers familiaux et ont diminué dans la plupart des ministères entre 2015 et 2017

À périmètre de référencement quasi-constant[25], **le montant des transferts de solidarité notifiés au global aux ministères a diminué de 47,5 M€ entre 2015 et 2017. Cette baisse correspond à l'évolution constatée au ministère de l'Éducation nationale et s'accompagne de quelques hausses sur d'autres ministères**

Pendant la période de référencement au sein d'un même département ministériel, la structure des tarifs et le niveau des garanties étant figés, deux facteurs peuvent jouer sur le niveau des transferts : des évolutions dans la consommation de soins des personnes concernées (retraitées et ayants droits) ; une évolution de la population des adhérents et de sa structure démographique du fait de nouvelles adhésions ou de résiliations.

Cette évolution interannuelle des transferts de solidarité se caractérise de manière générale par une grande sensibilité à l'évolution des cotisations et des prestations des populations bénéficiaires des transferts, inhérente au mode de calcul des transferts compensables[26].

[25] Seul le ministère en charge de la transition écologique et solidaire était en dehors du champ du référencement en 2017 alors qu'il était inclus en 2015, le référencement ayant pris fin et le deuxième n'étant pas encore conclu.. Il présentait néanmoins en 2015, dernière année de sa première procédure de référencement, des transferts de solidarité d'un montant nul.

[26] Les montants des transferts de solidarité étant calculés comme des écarts entres cotisations reçues et prestations versées, si ces écarts sont faibles, par exemple s'ils ne représentent que quelques points de pourcentage des cotisations ou des prestations, ils peuvent connaitre des fluctuations annuelles importantes, si celles-ci varient, même faiblement (cf. annexe n° V).

Tableau 1 : Évolution des transferts de solidarité notifiés par les organismes référencés (en M€) et de la part (en %) des transferts intergénérationnels et familiaux entre 2015 et 2017

Ministères	2015	Intergénérationnels	Familiaux	2016	Intergénérationnels	Familiaux	2017	Intergénérationnels	Familiaux	Évolution 2015-2017 (en %)
Ministères économiques et financiers	6,6	12	88	12,9	55	45	6,1	9	91	- 7
Éducation nationale et recherche[27]	75,8	30	70	53,4	5	95	28,6	21	79	- 62
Transition écologique et solidaire[28]	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ministères sociaux	1,0	31	69	1,1	17	83	0,7	0	100	- 30
Armées	16,2	0	100	12,8	0	100	15,0	25	75	- 7
Justice	0,9	0	100	0,7	0	100	-0,2[29]	NA	NA	-
Affaires européennes et étrangères	1,9	75	25	1,6	82	18	3[30]	78	22	+ 58
Agriculture et alimentation	0,0	-	-	-	-	-	1,7	57	43	-
Total	**102,4**	**21**	**79**	**82,5**	**7**	**93**	**54,9**	**37**	**63**	**- 46**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[27] Le ministère en charge de la culture, qui s'est associé au référencement de l'Éducation nationale, ne dispose pas de données sur les transferts de solidarité notifiés dans son périmètre.

[28] Le premier référencement a pris fin le 31 décembre 2015.

[29] Il s'agit des transferts de solidarité réalisés par la mutuelle nationale de la justice dans le cadre du premier référencement (1er trimestre 2017 uniquement, le nouveau référencement étant entré en vigueur au 28 septembre 2017). Dans le cadre du deuxième référencement, Intériale aurait réalisé 0,6 M€ de transferts de solidarité sur le dernier trimestre 2017.

[30] Cette augmentation du volume des transferts de solidarité pourrait être due à une évolution de leur mode de calcul.

1.2.2. La participation financière des ministères à la PSC, qui résulte d'arbitrages au sein de l'enveloppe consacrée à l'action sociale, sous-compense chaque année les transferts de solidarité effectués

1.2.2.1. Les montants versés par les ministères au titre de la PSC représentent en moyenne 8 % des budgets d'action sociale

Comme le montre le tableau 2, qui recense les budgets d'action sociale hors titre 2 par ministère[31] :

- le montant versé au titre de l'action sociale ministérielle (hors titre 2) par agent présente des écarts importants entre ministères, de 17 à 781 € par ETPT d'agent actif, avec une moyenne située à 172 €;
- la part représentée par la participation financière au titre de la PSC dans le budget d'action sociale varie également entre 3 et 28 %, pour une part moyenne de 8 %.

Les écarts constatés traduisent ainsi la place accordée à la PSC au sein de l'action sociale. En effet, les responsables ministériels rencontrés par la mission[32] ont indiqué que, en termes d'arbitrage budgétaire, la participation financière à la PSC et le budget consacré à l'action sociale étaient bien envisagés comme une même enveloppe. Chaque ministère est ensuite libre de réallouer cette enveloppe en fonction de ses priorités ou de ses spécificités. Ainsi, le MEAE justifie la part importante allouée à la PSC au sein de son budget d'action sociale par le fait que la majorité de ses agents exercent à l'étranger et présentent un besoin de couverture spécifique. Inversement, le ministère de l'intérieur, qui n'a pas mis en œuvre le référencement et ne participe donc pas financièrement à la PSC de ses agents, affirme prioriser d'autres formes de soutien auprès de ses agents à travers l'action sociale ministérielle.

[31] L'action sociale ministérielle se distingue de l'action sociale interministérielle dont les prestations obéissent à des règles d'attribution communes. Selon les données incomplètes communiquées par la DGAFP pour l'année 2017 (la direction ne dispose de données consolidées que pour cinq ministères), la restauration (subvention des repas) et le logement (aides à l'installation, aides à l'accès au logement locatif, aides à la propriété…) constituent respectivement 23 % et 9 % du total de ces budgets d'action sociale ministérielle.

[32] À l'exception de la DGAC.

Tableau 2 : Part du financement alloué à la protection sociale complémentaire dans le cadre du deuxième référencement par rapport aux budgets d'action sociale ministérielle en 2017[33]

Ministères	Budget d'action sociale hors titre 2 (en M€)	Par ETPT (en €)	Participation financière prévue au titre de la PSC (en M€)[34]	En % du budget d'action sociale
Ministères économiques et financiers[35]	108,0	781	4,0	3,7
Éducation nationale et recherche[36]	20,0	17	4,0	20,0
Transition écologique et solidaire[37]	17,7	435	0,9[38]	5,1
Aviation civile[39]	6.3	604	0,8	9,3
Ministères sociaux[40]	13,0	674	0,4	2,9
Armées[41]	93,7	343	16,0	19,8
Justice[42]	21,7	264	0,9	4,2
Agriculture et alimentation[43]	11,7	381	0,6[44]	5,1
Affaires européennes et étrangères[45]	4,2	309	1,2	28,5
Culture[46]	5,3	483	0,2	3,7
Intérieur[47]	55,6[48]	197	0,0	-
Total	**357,2**	**172**	**29,0**	**8,3**

Source : Mission, d'après données des rapports annuels de performance et données communiquées par les ministères hors conseil et contrôle de l'État, Direction de l'action du Gouvernement et publications officielles

[33] Les données relatives à l'action sociale ministérielle sont issues des rapports annuels de performance.

[34] Il s'agit du montant annuel annoncé dans le cahier des charges du deuxième référencement.

[35] Programmes 218, 156, 134, 220, 305, 302 et 192.

[36] Programmes 214, 140, 141, 139, 150 et 230 (hors universités).

[37] Programme 217 « Écologie-logement » uniquement.

[38] Hors DGAC et opérateurs.

[39] La DGAC n'impute pas, jusqu'ici, l'aide à la PSC dans son budget d'action sociale.

[40] Programmes 124 et 155.

[41] Programmes 212 et 138.

[42] Programmes 310, 166, 107, 182 et 335.

[43] Programmes 215, 142, 143 et 206.

[44] Il s'agit de la participation financière prévue par le ministère, à l'exclusion des montants alloués à la PSC par les opérateurs. Le montant total alloué à la PSC, opérateurs compris (dont l'ONF qui prévoit dans le cahier des charges d'allouer 1 M€ par an à la PSC) s'élève à 1,7 M€.

[45] Programmes 105, 185, 151 et 209.

[46] Programme 224.

[47] Programmes 216, 307, 161, 152, 232 et 176.

[48] Dont 11,6 M au titre du programme 176 («police nationale »).

1.2.2.2. Le niveau de participation financière à la PSC, très inégal selon les ministères, sous-compense les transferts de solidarité et serait globalement inférieur à celui constaté dans la FPT

1.2.2.2.1. La participation financière des ministères est en moyenne de 12 € par adhérent

Comme le montre le tableau 3, **le niveau de participation inscrit dans les cahiers des charges du deuxième référencement, qui peut différer du montant effectivement versé par les ministères en fonction des arbitrages budgétaires annuels, varie fortement entre ministères**, de 3 € par an et par adhérent à l'Éducation nationale à 121 € au MEAE.

Tableau 3 : Montant annuel de la participation financière prévue par ministère dans les cahiers des charges du deuxième référencement rapporté par adhérent (actifs et retraités)

Ministères	Montant de la participation financière[49] (en M€)	Nombre d'adhérents[50]	Montant de la participation par adhérent (en €)
Ministères économiques et financiers	4,0	217 335	18
Éducation nationale et recherche	4,0	1 459 653	3
Transition écologique et solidaire[51]	0,9	-[52]	-
Ministères sociaux	0,4	19 637	19
Armées	16,0	478 415	33
Justice	0,9	86 999	10
Agriculture et alimentation	0,6[53]	12 685	47
Affaires européennes et étrangères	1,2	9 880	121
Culture	0,2	11 668[54]	17
Total	**28,2**	**2 296 272**	**12**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[49] Il s'agit du montant inscrit dans le cahier des charges du deuxième référencement.

[50] Données au 31 décembre 2017. Il s'agit uniquement des adhérents directs, à l'exclusion des ayants droit. Les adhérents issus d'opérateurs n'ont pas pu être distingués de ceux issus des ministères.

[51] Hors DGAC dont la participation financière est de 0,8 M€.

[52] Pas de référencement entre le 31 décembre 2015 et le 1er janvier 2018.

[53] Il s'agit du montant alloué par le seul ministère de l'agriculture (1,7 M€ au total en incluant les opérateurs, dont 1 M€ alloué par l'ONF).

[54] Il s'agit du nombre d'adhérents au 30 juin 2017.

1.2.2.2.2. En 2017, la participation financière des ministères au titre de la PSC, soit 18 M€, a compensé moins du tiers des transferts de solidarité

S'il est resté, au global, inférieur à un tiers entre 2015 et 2017, **le niveau de compensation des transferts annuels de solidarité présente également une évolution contrastée selon les années et les ministère**s (cf. tableau 4) :

- ce taux a diminué de façon constante entre 2015 et 2017 dans trois ministères (Économie et finances[55], Affaires sociales, Éducation), avec le niveau le plus bas atteint par le ministère de l'Éducations en 2017 (7 %) ;
- à l'inverse, le niveau de compensation des transferts a augmenté au ministère des armées entre 2015 et 2016[56] ainsi que, sur la même période, au ministère des affaires étrangères[57] ;
- seul un ministère (la Justice) a compensé au montant exact, en 2015 et 2016, les transferts de solidarité notifiés.

[55] Dans le cas des ministères économiques et financiers, cette baisse du niveau de compensation est en partie imputable à la mise en œuvre en parallèle du deuxième référencement (entré en vigueur le 01/04/2017) qui a conduit à réduire le niveau de participation en 2016 et à réaliser une « année blanche » en 2017.

[56] Sa diminution en 2017 est liée à la fois à la diminution de la participation financière du ministère (- 1,1 M€ par rapport à 2016) et à l'augmentation des transferts de solidarité (+ 2,4 M€).

[57] Au sein du ministère des affaires étrangères, la forte baisse du niveau de compensation observée en 2017 est due, à niveau de participation financière inchangé (1,2 M€) au quasi-doublement des transferts de solidarité.

Tableau 4 : Taux de compensation (en %) des transferts de solidarité par la participation financière effective des ministères entre 2015 et 2017 (en M€)

Ministères	Montant de la participation financière en 2015	Montant des transferts de solidarité en 2015	Taux de compensation des transferts de solidarité en 2015	Montant de la participation financière en 2016	Montant des transferts de solidarité en 2016	Taux de compensation des transferts de solidarité en 2016	Montant de la participation financière en 2017	Montant des transferts de solidarité en 2017	Taux de compensation des transferts de solidarité en 2017
Ministères économiques et financiers	4,9	6,6	74,2	1,5	12,9	11,6	0,0	6,1	0,0
Éducation nationale et recherche	3,7	75,8	4,9	4,0	53,4	7,5	2,0	28,6	7,0
Transition écologique et solidaire[58]	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Ministères sociaux	0,7	1,0	75,6	0,8	1,1	72,3	0,4	0,7	59,2
Armées	15,8	16,2	98,0	14,1	12,7	101,3	13,0	15,0	86,2
Justice	0,9	0,9	100,0	0,7	0,7	100,0	0,9	- 0,2	-
Agriculture et alimentation	0,0	0,0	-	0,0	-	-	0,6	1,7	38,6
Affaires européennes et étrangères	1,2	1,9	63,2	1,2	1,6	91,1	1,2	3,0	40
Culture	0,2	NC	NC	0,2	NC	-	0,2	NC	NC
Total	**27,4**	**102,4**	**26,7**	**22,5**	**82,4**	**27,3**	**18,3**	**54,9**	**33,3**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[58] Période entre la fin du premier référencement (31/12/2015) et l'entrée en vigueur du deuxième référencement (01/01/2019).

1.2.2.3. Le niveau de participation des collectivités territoriales, globalement en augmentation, serait corrélé à leur taille et à la stratégie RH portée par les élus

1.2.2.3.1. Environ 70 % des collectivités territoriales participeraient en 2017 à la PSC de leurs agents

Selon l'enquête réalisée par l'Ifop pour la Mutuelle nationale territoriale (MNT) en octobre 2017[59], 69 % des collectivités territoriales participeraient financièrement à la PSC au titre de la prévoyance (soit 28 points de plus qu'en 2010[60]) et 56 % au titre de la santé (soit 28 points de plus qu'en 2010). **Cette augmentation du nombre d'agents couverts au titre de la PSC serait accompagnée en revanche d'une baisse du montant annuel moyen alloué par agent** qui s'élevait, en 2017, à 137 € au titre de la prévoyance (contre 210 € en 2013[61]) et à 205 € au titre de la santé (contre 282 € en 2013).

Selon la synthèse des bilans sociaux 2015, 26 % des agents bénéficiaient d'une participation financière de leur collectivité territoriale au titre de la couverture santé et un tiers au titre de la prévoyance. Le montant moyen de la participation au titre de la santé est plus élevé pour les agents de catégorie C que pour les agents de catégorie A, ce qui confirme le recours à une modulation de la participation financière dans un but d'intérêt social.

1.2.2.3.2. Hétérogène selon les collectivités, le niveau de participation des employeurs territoriaux serait globalement corrélé à leur taille

Toujours selon l'enquête réalisée en octobre 2017 par l'Ifop pour la MNT, **la propension des collectivités à participer à la PSC en santé croît avec leur taille et leurs effectifs.** La tendance opposée prévaudrait s'agissant des contrats de prévoyance.

La PSC représente un élément d'attractivité du point de vue RH pour les collectivités territoriales, entre collectivités mais également par rapport au secteur privé pour les contractuels.

La synthèse des bilans sociaux 2015 indique par ailleurs que :

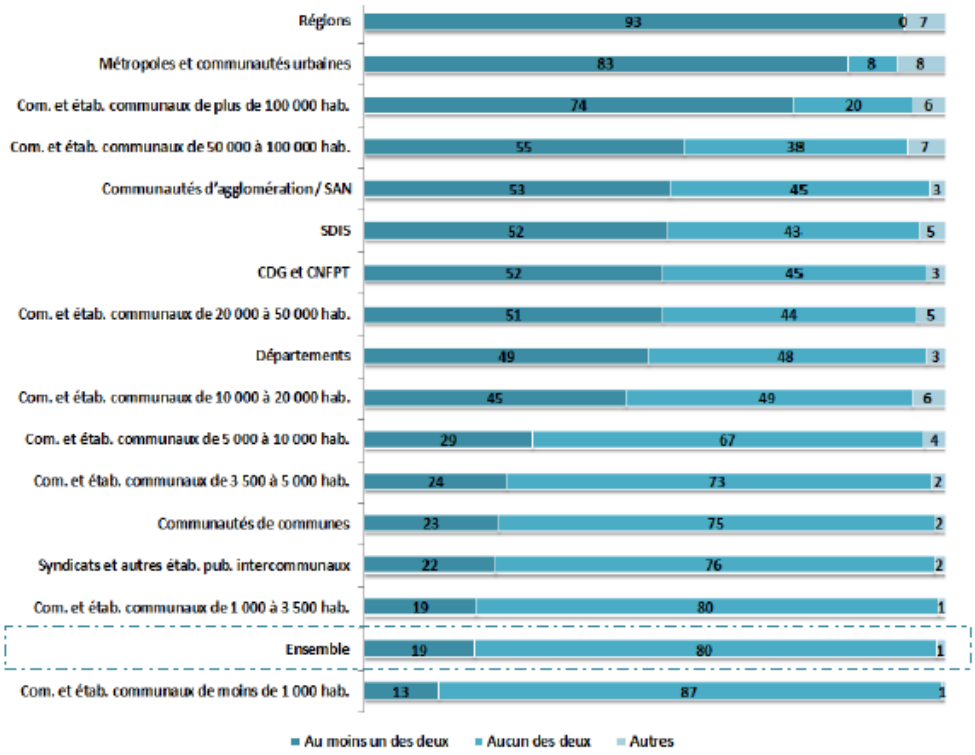
- près de 90 % des communes et établissements publics de coopération intercommunale de moins de 1 000 habitants n'avaient pas mis en place de participation à la PSC ;
- 93 % des régions et 83 % des métropoles ou communautés urbaines avaient à l'inverse mis en place un tel dispositif.

[59] Enquête menée auprès d'un échantillon de 302 décideurs représentatif des collectivités territoriales. La représentativité de l'échantillon a été assurée selon l'Ifop par la méthode des quotas (taille de la collectivité, région) après stratification par type de collectivité.

[60] Sondage Ifop pour la MNT réalisé auprès d'un échantillon de 401 décideurs représentatif des collectivités locales.

[61] Sondage GMV pour la MNT auprès d'un échantillon de 307 décideurs représentatif des collectivités locales.

Graphique 1 : Participation financière à la PSC via une convention de participation et/ou un contrat ou règlement selon le type de collectivité en 2015 (en %)



Source : Synthèse des bilans sociaux 2015.

1.3. Dans le cadre d'une PSC peu articulée avec la stratégie en matière de ressources humaines, les besoins en couverture, plus marqués en matière de prévoyance, sont mal appréhendés par les employeurs

1.3.1. L'élaboration largement externalisée de la PSC ne favorise pas son imbrication avec les priorités des DRH qui entretiennent sur ce sujet un dialogue limité avec les organisations syndicales

1.3.1.1. La PSC est considérée comme une action relativement marginale par rapport au cœur de métier des DRH qui ont fait le choix d'externaliser l'essentiel de son élaboration et de son suivi

1.3.1.1.1. La PSC est peu imbriquée avec les priorités en matière de gestion des ressources humaines

La PSC, considérée comme un objet relativement externe aux DRH, est peu articulée avec les objectifs qu'elles peuvent poursuivre par ailleurs en matière d'action sociale, de prévention en santé ou encore de qualité de vie au travail. Parmi les ministères ayant référencé un ou plusieurs organismes, seuls deux ont conclu par ailleurs des conventions spécifiques avec leurs organismes référencés : les ministères économiques et financiers ont formalisé avec leur mutuelle une convention centrée sur la prévention en santé[62] ; au ministère de l'éducation nationale, la convention conclue sur l'action sociale partagée avec la MGEN[63] prévoit en particulier des actions de santé publique et de réinsertion professionnelle co-financées par le ministère et la mutuelle On peut noter à l'inverse que le ministère de l'intérieur, qui a choisi de ne référencer aucun organisme, a néanmoins conclu en 2017 une convention avec Intériale et la Mutuelle générale de la police (MGP)[64] qui prévoit la mise en œuvre d'actions de santé publique en lien avec les besoins des agents.

Dans les autres ministères, les organismes complémentaires référencés ont indiqué à la mission mener de leur propre initiative différentes actions de prévention (ex : vaccination contre la grippe, dépistage du diabète), en accord avec les DRH des ministères. Toutefois, même dans les ministères, comme les Armées, où les mutuelles historiques se positionnent comme partenaires du ministère, elles relèvent ne pas être toujours formellement associées à la conception et à la mise en œuvre des dispositifs les plus structurants en matière d'action sociale, et plus largement de gestion des ressources humaines (ex : plan famille lancé par les Armées fin 2017 pour aider les militaires à mieux concilier leur engagement avec leur vie familiale).

[62] Convention de partenariat pour la mise en œuvre d'actions de santé publique datée du 23 janvier 2018. La MGEFI s'engage à réaliser annuellement dans chaque département une action de santé publique. Un bilan des actions menées est prévu annuellement.

[63] Accord-cadre du 23 novembre 2018. Cet accord est centré sur trois domaines d'action : la santé et le bien-être au travail des personnels (avec en particulier les réseaux prévention, aide et suivi qui proposent des actions collectives et/ou individuelles pour des personnels fragilisés ainsi que des centres de réadaptation permettant à des agents de se reconfronter au travail) ; la promotion de la santé et du bien-être des élèves ; études et recherches.

Dans les ministères qui ont référencé plusieurs OC, ceux-ci ont peu d'incitation à développer ce type d'action visant à toucher l'ensemble des agents du ministère, alors qu'ils ne sont pas seuls à intervenir dans la PSC. Au ministère de l'agriculture, l'acteur historique a toutefois choisi de poursuivre ce type d'action, alors que les acteurs nouvellement référencés peinent à les développer, faute d'avoir une assise suffisante au sein du ministère. En tout état de cause, les ministères indiquent, dans leur ensemble, que le choix de référencer un OC repose essentiellement sur l'appréciation qualité/prix des offres proposées et moins sur les actions d'accompagnement (prévention, qualité de vie au travail etc.).

1.3.1.1.2. L'élaboration et le suivi de la PSC, faiblement mutualisés entre ministères, sont essentiellement pris en charge par des prestataires

En prenant appui sur une partie des recommandations du rapport IGF-IGAS-IGA de 2015 sur la PSC, **la DGAFP, en lien avec la Direction de la sécurité sociale (DSS), a cherché à harmoniser les démarches mises en œuvre par les ministères en amont du deuxième référencement**[65]. Toutefois, **les ministères ont indiqué à la mission avoir mené cette démarche de façon très autonome, ce qui se traduit par un constat global d'hétérogénéité,** en particulier dans le choix de référencer un ou plusieurs organismes (quatre ministères[66] sur neuf ayant privilégié la première option) et les critères de pondération mis en œuvre.

Du fait de la technicité du sujet et du défaut en leur sein de compétences actuarielles, voire de compétences financières, **l'ensemble des ministères ont eu recours à des prestataires privés sélectionnés dans le cadre de marchés publics** pour un coût total estimé à 47 308 € (cf. tableau 5). Ces prestataires ont joué un rôle variable selon les ministères en fonction également des ressources internes à chacun d'entre eux[67]. Certains prestataires, présents dans plusieurs ministères, ont pu s'appuyer sur cette expérience, ce qui a aussi conduit à homogénéiser le format et le contenu des cahiers des charges entre les ministères concernés (Armées et Éducation nationale, par exemple).

Le recours généralisé à ces prestataires, y compris pour le suivi du référencement, engendre une asymétrie d'analyse entre ces derniers, qui maîtrisent techniquement le dispositif de référencement et sont en première ligne de sa mise en œuvre, et les ministères qui disposent d'une vision assez partielle et superficielle du référencement.

[65] Circulaire du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire dans la FPE.

[66] Justice, Transition écologique et solidaire, Affaires étrangères, Économie et finances (ainsi que la DGAC).

[67] La mission n'a pas été en mesure de chiffrer le nombre d'ETP mobilisés durant la période du référencement sur ce sujet. Néanmoins, selon les interlocuteurs rencontrés, entre 0,5 et 1 ETP se seraient consacrés durant deux à quatre mois, en complément du recours au prestataire, au lancement de la procédure.

Tableau 5 : Coût (en €) des prestataires sélectionnés par les ministères dans le cadre du lancement du deuxième référencement et de son suivi

Ministères	Coût total du prestataire sélectionné pour le lancement du référencement[68]	Coût annuel du prestataire sélectionné pour le suivi du référencement[69]
Économies et finances	25 560	9 750[70]
Éducation nationale	140 488	-
Transition écologique et solidaire	24 600	-
Aviation civile	25 000	10 344
Ministères sociaux	81 700	12 500
Armées	66 211	27 875
Justice	28 800	19 200
Agriculture et alimentation	18 000	19 200
Affaires européennes et étrangères	18 875[71]	-
Culture	21 540[72]	-
Total	**425 774**	**88 525**
Moyenne	**47 308**	**17 705**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

1.3.1.2. La PSC fait l'objet d'un dialogue social peu approfondi avec les organisations syndicales qui ont néanmoins communiqué à la mission leurs attentes sur ce sujet

La mission a rencontré en réunions bilatérales les délégations de huit organisations syndicales[73] nationales, associant dans la plupart des cas des représentants des trois versants de la fonction publique.

Toutes les organisations considèrent que la protection sociale complémentaire doit être, comme le prévoit la loi[74], un domaine de la négociation sociale pour les trois versants de la fonction publique. Plusieurs d'entre elles précisent que ce sujet doit être distingué de la négociation statutaire ou salariale et de la négociation sur l'action sociale. La majorité ajoute que, si les réalités de chaque versant doivent être prises en compte, un cadrage inter-fonctions publiques devrait être établi pour poser des principes communs tels que la participation financière obligatoire des employeurs, certaines demandant en outre la fixation d'un taux minimum

[68] Coût exprimé toutes taxes comprises, sauf exception.

[69] Coût exprimé toutes taxes comprises, sauf exception.

[70] Prix hors taxes.

[71] Prix exprimé hors taxes.

[72] Dans le cas du ministère de la culture, qui a réalisé un référencement commun avec l'Éducation nationale, l'action du prestataire a été centrée sur l'animation du dialogue avec les OS sur le sujet de la PSC.

[73] CGT, CFDT, FO, UNSA, FSU, FA-FP, CFE-CGC et CFTC. Elle a reçu en outre une contribution écrite de Solidaires.

[74] Le 4° du II de l'article 8 bis de la loi de n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droit et obligations des fonctionnaires prévoit que les organisations syndicales ont qualité pour participer à des négociations sur ce thème.

L'ensemble des organisations considère que, dans la FPE, le deuxième référencement a été organisé en contradiction flagrante avec ce principe, la concertation sur la stratégie de mise en concurrence (par exemple le choix du mono- ou multiréférencement), la définition des garanties et le contenu des cahiers des charges et le choix des organismes complémentaires ayant été très insuffisante à l'exception de deux ministères (Transition écologique et solidaire et Économie et finances). Le constat n'est pas le même pour la FPT, la mise en place de conventions de participation pouvant donner lieu à un dialogue préparatoire avec les organisations syndicales, même si des situations contrastées ont été observées selon les collectivités.

Mais dans la FPT comme dans la FPE, les organisations syndicales dressent majoritairement un constat négatif des effets du recours à la concurrence, venant remettre en cause la gestion solidaire de la protection complémentaire et la mutualisation des risques, par la recherche prioritaire de baisses tarifaires :

- Dans la FPE, les organisations syndicales estiment que le poids accordé au critère prix dans l'analyse des offres et la prolongation de la compétition entre organismes dans le cadre du multiréférencement retenu dans plusieurs ministères ont déstabilisé des mutuelles historiques et menacent les fondements même de la mutualisation par la segmentation des populations d'adhérents. Plusieurs organisations regrettent en outre la fin de l'inclusion de la garantie dépendance dans les offres référencées et la dissociation de l'adhésion aux services de santé et d'accompagnement gérés par les mutuelles du livre III du code de la mutualité ;
- Le constat est partagé pour la FPT dans le cas des conventions de participation couvrant parfois des populations trop faibles, où l'agressivité commerciale de certains opérateurs a abouti à retenir des offres sous-tarifées, en particulier en prévoyance, avec des révisions tarifaires ultérieures brutales, au détriment de la couverture des agents.

Les organisations rencontrées regrettent par ailleurs, dans une matière aussi technique et complexe que la protection sociale complémentaire, le manque de compétences spécialisées dans les DRH des employeurs publics qui ne facilite pas la bonne compréhension des mécanismes assurantiels et la clarté des choix[75]. Elles regrettent pour cette raison l'absence de communication du rapport de 2015 et seront attentives à celle du présent rapport.

Outre l'inscription de la PSC dans le champ du dialogue social, les principales attentes exprimées par les organisations pour la FPE et la FPT portent sur les points suivants :

- l'instauration d'une obligation de participation des employeurs publics assortie d'un taux minimum applicable dans les trois versants, la référence majoritaire étant l'obligation pour les employeurs privés de financer la complémentaire maladie à hauteur de 50 %. Les positions divergent en revanche sur la modulation de la participation en fonction de la rémunération ;
- le renforcement et l'élargissement du couplage des garanties, notamment en rétablissant la possibilité d'inclusion des garanties dépendance pour les offres référencées et en instaurant un couplage santé / prévoyance dans la FPT (à la condition d'une participation des employeurs) ;
- le maintien du double dispositif labellisation / convention de participation dans la FPT mais avec un encadrement renforcé des conditions de labellisation (notamment en prévoyance), une présentation harmonisée et simplifiée des garanties, et la mise en œuvre d'une portabilité des droits dans les conventions, une organisation proposant de mettre en place un fonds national de mutualisation des risques pour atteindre cet objectif ;

[75] À titre d'exemple, la concertation avec le MTES a abouti à la définition de niveaux de garanties élevés mais avec des tarifs également élevés qui freinent l'adhésion des agents.

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

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

1.3.2. Chargés de définir les niveaux de garanties, les DRH ne sont pas en mesure d'objectiver si la couverture proposée répond aux besoins des agents

1.3.2.1. La couverture en matière de prévoyance devrait faire l'objet d'une attention prioritaire au regard des spécificités trop méconnues de la fonction publique

Les garanties de prévoyance ont pour objet de compenser les pertes de revenus des agents occasionnées par des maladies ou accidents liés ou non à des causes professionnelles aboutissant à une incapacité de travail temporaire ou définitive (invalidité). Elles peuvent aussi protéger la famille de l'agent par le versement d'un capital ou de rente en cas de décès de celui-ci.

Le statut de la fonction publique, bien que protecteur, peut ainsi aboutir à une mise en demi-traitement de l'agent au bout d'un délai variable selon la nature du congé maladie (hors causes professionnelles) :

- trois mois pour le congé de maladie ordinaire ;
- deux ans pour le congé de longue maladie ;
- trois ans pour le congé de longue durée.

La suspension ou la réduction de certaines primes dans ces situations peut en outre aggraver la perte de revenus. Dans le cas où l'agent ne retrouve pas son poste ou n'est pas reclassé à l'issue de ces congés, sa situation financière peut encore s'aggraver, jusqu'à sa mise en retraite anticipée pour invalidité. En cas de décès de l'agent, le capital versé est modeste (13 844 € en 2019)[76].

L'analyse des garanties incluses dans les offres retenues à l'issue du deuxième référencement dans la fonction publique de l'État (annexe n° VII) met en évidence une adéquation imparfaite aux besoins générés par l'application des règles statutaires, du fait notamment d'un suivi incomplet par les ministères des agents en situation de perte de revenus, de la liberté laissée aux organismes pour définir leurs conditions d'indemnisation et du manque de hiérarchisation des besoins et des garanties.

[76] Le décret n° 2015-1399 du 3 novembre 2015 a réduit le montant de ce capital antérieurement égal au dernier traitement annuel d'activité, augmenté d'une partie des primes. Ce mode de calcul reste applicable aux décès imputables à une cause professionnelle.

1.3.2.1.1. Les informations sur la sinistralité communiquée aux candidats ont été insuffisantes

Les situations d'incapacité temporaire (se prolongeant et conduisant à réduire la rémunération des agents) et d'incapacité définitive sont relativement rares mais représentent, du point de vue des organismes assureurs, des « sinistres » dont le coût peut être très élevé. La fourniture d'informations précises sur ces situations aux candidats aux appels d'offres est donc cruciale pour leur permettre de bien mesurer le risque et d'ajuster leur tarification en conséquence, d'autant plus que le caractère facultatif de l'adhésion génère un risque d'anti sélection (les agents qui adhèrent sont ceux qui présentent les risques les plus élevés).

Or les données fournies lors des appels d'offres ministériels pour le deuxième référencement sont généralement trop imprécises et incomplètes :

- les données statistiques générales sur la répartition des agents par statut, âge, sexe et parfois par niveau de revenus sont souvent relativement détaillées ;
- la sinistralité en incapacité temporaire est décrite le plus souvent de façon globale et agrégée (nombre d'agents arrêtés dans l'année, nombre d'arrêt de travail et nombre de jour d'arrêt par type de congé maladie) et **seuls deux ministères et un opérateur ont précisé les nombres d'agents placés à demi-traitement**, constituant pourtant la condition d'ouverture des droits aux prestations complémentaires (cf. tableau 6)[77] ;
- les données sont peu explicites sur le risque invalidité puisque seuls deux ministères ont communiqué des chiffres sur les agents mis en retraite pour invalidité[78].

Le caractère lacunaire de ces données ne signifie pas nécessairement que les directions des ressources humaines ministérielles ne prêtent pas une attention suffisante à la fréquence des situations à risque parmi les personnels qu'elles ont en charge mais suggère qu'elles n'ont, à tout le moins, pas fait le lien entre les données de suivi de ces situations et la construction d'offres de prévoyance adaptées.

[77] De même, seul un ministère a indiqué les nombres d'agents en disponibilité pour raisons de santé. Les bénéficiaires de l'allocation d'invalidité temporaire (AIT) sont plus fréquemment indiqués (dans quatre ministères), de même que ceux de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI) (dans cinq ministères).

[78] Le Service des retraites de l'État fournit chaque année des données sur le nombre de pensions d'invalidité attribuées (3 425 en 2018 sur un total de 59 518 pensions attribuées, soit 5,7 %), l'âge moyen des nouveaux pensionnés pour invalidité (57,44 ans en 2018 contre 62 ans pour les autres pensionnés de droit direct) et la pension moyenne (1 634 € en 2018 contre 2 174 € pour les autres pensions de retraite, soit 25 % de moins) mais ces données ne sont pas ventilées par ministère.

Tableau 6 : Écart entre les proportions d'agents placés en congés maladie et d'agents placés à demi-traitement dans les ministères ayant fourni ces données dans leur cahier des charges

	Ministère de la justice (hors DAP)	Ministère de l'agriculture (hors opérateurs)	DGAC
Nombre d'agents gérés (année)	48 628[79]	36 419[80]	11 165[81]
Nombre et proportion d'agents arrêtés au moins une fois en CMO	19 811	21 378	3 454
En %	*41*	*59*	*31*
Nombre moyen de jours d'arrêt en CMO	20	9	17
Nombre et proportion d'agents en demi-traitement	999	78	78
En %	*2,1*	*0,2*	*0,7*
Nombre et proportion d'agents arrêtés au moins une fois en CLM-CGM	684	672	59
En %	*1,41*	*1,85*	*0,53*
Nombre moyen de jours d'arrêt en CLM-CGM	177	119	207
Nombre et proportion d'agents en demi-traitement	155	402	23
En %	*0,3*	*1,1*	*0,2*
Nombre et proportion d'agents arrêtés au moins une fois en CLD	423	18	49
En %	*0,87*	*0,05*	*0,44*
Nombre moyen de jours d'arrêt en CLD	215	NC	277
Nombre et proportion d'agents en demi-traitement	104	12	7
En %	*0,2*	*0,03*	*0,1*

Source : Mission, d'après données transmises par les ministères.

1.3.2.1.2. Les ministères n'ont pas encadré les conditions d'attribution des prestations de prévoyance

En matière de prévoyance, la définition des conditions d'attribution des prestations revêt une grande importance pour assurer la concordance entre les avis et décisions des instances médicales, les décisions prises en conséquence par les employeurs publics et l'attribution des prestations par les organismes. Or les prescriptions des cahiers des charges se sont centrées sur la définition des types et niveaux de garanties à offrir, notamment pour les moduler afin de les adapter aux capacités contributives des agents[82]. La définition précise des conditions d'ouverture et de cessation des droits a été laissée en revanche à la main des candidats[83] .

[79] Données 2015.

[80] Données 2015.

[81] Données 2016.

[82] En prévoyance, cotisations et prestations complémentaires sont fonctions de la rémunération. En outre, lorsque la prestation est un montant différentiel entre le niveau global de ressources à atteindre et les ressources versées par l'employeur ou la Sécurité sociale, une augmentation de ce niveau peut entrainer une augmentation plus que proportionnelle de la cotisation.

[83] Les règlements mutualistes ou contrats collectifs qui les contiennent ne figurent pas toujours parmi les annexes des conventions de référencement et, même lorsqu'ils figurent, ne sont pas toujours connus des services, la mission ayant dû dans certains cas les obtenir auprès des organismes eux-mêmes.

Or plusieurs dispositions de ces contrats génèrent des incertitudes sur le versement ou le maintien du versement des prestations lorsque l'agent se trouve dans une situation d'incapacité de longue durée ou d'invalidité :

- la quasi-totalité des règlements et contrats prévoient des motifs d'exclusion du bénéfice des garanties de prévoyance se justifiant par des situations de force majeure (guerre, cataclysme, etc.) ou par la limitation du risque d'anti-sélection (suicide au cours de la première année d'assurance, comportements à risque)[84] ;
- la plupart prévoient que l'organisme assureur peut, lors de la demande de prestation (incapacité temporaire ou invalidité) ou en cours de service de celle-ci, diligenter un contrôle médical afin de pouvoir constater la réalité et réalité du droit à prestation et en suspendre le versement au vu des résultats de ce contrôle[85] ;
- en incapacité temporaire, l'impossibilité de travailler et la mise en demi-traitement ou la perception d'indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS) figurent comme faits générateurs de la prestation dans tous les règlements et contrats mais la situation à l'épuisement des droits statutaires est plus incertaine et diversement couverte : la situation des agents ne percevant plus que l'allocation d'invalidité temporaire (AIT) n'est par exemple pas évoquée. Des différences s'observent également dans le terme du versement des prestations[86] ;
- les conditions d'attribution des rentes invalidité peuvent varier[87] : dans la majorité des règlements et contrats, leur attribution est conditionnée par le passage à la retraite pour invalidité[88], mais un contrat exclut cette situation et plusieurs autres ont fixé un autre critère, la reconnaissance d'un taux d'incapacité minimum des 2/3 empêchant la reprise d'une activité. La définition du terme du versement varie aussi[89,] .

Cette variabilité des clauses entre les règlements et contrats, parfois entre ceux d'organismes référencés par un même ministère, interroge sur l'absence de cadrage par les cahiers des charges des appels d'offres et sur la qualité de l'information donnée aux adhérents ou futurs adhérents, les notices d'information, règlements et contrats qui les contiennent ne leur étant souvent communiqués qu'après l'adhésion.

---

84 Dans certains cas cependant, le champ des exclusions peut s'élargir à des situations plus fréquentes telles que la participation non encadrée à des sports jugés à risque par l'assureur.

85 Ils précisent en outre le plus souvent que les décisions prises par l'employeur au vu des avis des instances médicales ou par l'organisme de Sécurité sociale ne leur sont pas opposables. Des procédures de conciliation (avec le médecin traitant de l'assuré) et d'arbitrage (recours à un expert désigné par les deux parties) sont en ce cas prévues.

86 La reprise partielle d'activité et le mi-temps thérapeutique ne sont pas traités de la même façon par tous les règlements et contrats ; la plupart des documents examinés prévoient la cessation du versement à la liquidation d'une pension de retraite ou à l'âge minimum de la retraite à taux plein (67 ans) mais l'un d'entre eux fixe le terme à l'âge légal de départ en retraite ; certains mettent en outre fin à la prestation à la fin des droits statutaires et des droits à IJSS ou après 1 096 jours d'arrêt de travail (3 ans).

87 Atteinte de l'âge légal de départ en retraite pour les règlements et contrats dans lesquels le critère d'ouverture du droit est la mise en retraite pour invalidité, attribution d'une pension de retraite (ou atteinte de l'âge d'attribution d'une pension à taux plein) dans les autres cas.

88 Ou l'attribution d'une pension d'invalidité de deuxième ou troisième catégorie pour les contractuels.

89 Les ministères sociaux sont les seuls à avoir distingué deux niveaux de rente permettant notamment de couvrir l'incapacité permanente partielle (taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 % ou invalidité de première catégorie).

Par ailleurs, la possibilité de divergences d'avis entre les instances médicales de la fonction publique ou les médecins-conseils des organismes de sécurité sociale et ceux des organismes complémentaires peut aboutir à des situations complexes[90] et à des délais de règlement réduisant l'efficacité de la couverture complémentaire. Même si l'ensemble des organismes complémentaires rencontrés ont assuré faire une application raisonnée et bienveillante de ces dispositions, leur existence génère une incertitude sur l'effectivité de la protection souscrite.

1.3.2.1.3. Certaines garanties offertes paraissent mal adaptées aux besoins

Le passage en invalidité avant l'âge de retraite peut représenter pour l'agent public une forte baisse de ses ressources, surtout si cette invalidité n'est pas imputable au service puisqu'il peut se traduire par une baisse de ressources importante du fait du caractère incomplet de la carrière. Seule la perception d'une rente peut permettre de limiter la perte de revenus correspondante mais **cette garantie, limitée à une rente temporaire s'interrompant à l'âge légal de la retraite, n'est le plus souvent proposée qu'en option compte tenu de son coût élevé**[91].

La garantie « incapacité permanente et absolue » (IPA) est en revanche incluse dans toutes les options des offres référencées alors qu'elle ne répond pas correctement au besoin de maintien des ressources :

- ses conditions d'attribution sont restrictives, les règlements et contrats imposant la nécessité permanente de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes quotidiens de la vie et conditionnent sa reconnaissance à la mise en retraite pour invalidité avec attribution d'une majoration pour tierce personne ou au classement par la sécurité sociale en invalidité de 3ème catégorie (incapacité d'exercer toute activité professionnelle avec recours à l'assistance d'une tierce personne) ;
- consistant en un versement en capital, correspondant le plus souvent au versement anticipé du capital décès, et donc mettant fin aux garanties incapacité temporaire et décès, elle ne permet que de subvenir aux besoins les plus immédiats.

Or l'information donnée aux agents, tant par les DRH que par les organismes référencés ne permet pas de les éclairer sur les priorités de leur protection complémentaire. Ainsi, n'inscrire qu'en option dans les cahiers des charges la garantie rente invalidité peut induire l'idée qu'il s'agit d'une prestation accessoire et que le capital IPA suffit.

1.3.2.1.4. Le taux de couverture des actifs en prévoyance n'est pas précisément connu

Aucune source d'information ne permet de connaitre la proportion des agents couverts par des garanties de prévoyance. L'enquête Santé et Protection Sociale réalisée tous les deux ans par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) jusque 2014 a permis d'estimer le taux de couverture des agents publics par une complémentaire santé (cf. 1.3.2.2.3) mais elle ne fournit pas de données sur la prévoyance.

---

[90] D'autant plus que les délais de traitement des dossiers par les instances médicales peuvent être longs. Cf. notamment le rapport d'évaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique, IGA-IGF-IGAS-IGAENR de mars 2017, http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-128R-Tome1.pdf.

[91] Entre 0,5 % et 1 % de la rémunération nette totale pour les niveaux de garanties dépassant 85 % de la rémunération nette.

L'obligation de couplage de la complémentaire santé avec certaines garanties de prévoyance instaurée dans la fonction publique de l'État par le décret du 19 septembre 2007[92] permet de déduire que tous les agents actifs adhérents à une offre référencée –soit sept agents sur dix en 2017 (cf. 1.3.2.2.1.)- disposent au moins d'une protection contre les pertes de revenus entrainées par une incapacité temporaire de longue durée. Mais les proportions d'agents adhérents aux autres garanties (invalidité, décès) ne sont pas connues de même que, parmi les agents disposant d'une couverture invalidité, la part de ceux susceptibles de bénéficier d'une rente temporaire.

1.3.2.2. En santé, si les garanties référencées par les ministères sont globalement moins protectrices que les contrats collectifs, la mission n'a pas identifié de difficultés d'accès aux soins propres aux agents publics

1.3.2.2.1. Environ sept agents actifs sur dix adhéraient à un contrat référencé en santé et en prévoyance à la fin du premier référencement

Sur la première vague de référencement, le nombre total d'assurés (actifs et retraités) couverts par un contrat référencé est stable sur la période 2015–2017 pour le ministère des armées et le ministère de l'économie et des finances, et diminue pour les autres ministères entre - 3 % pour l'Éducation nationale et la recherche et -1 % pour la Justice. Seuls les ministères sociaux ont vu le nombre d'agents assurés couverts par un contrat référencé augmenter de 1 % sur cette période.

Pour l'ensemble des ministères, le nombre d'actifs rapporté au nombre de retraités couverts par un contrat référencé s'érode sur la fin du premier référencement (cf. annexe n° VI) ; à titre d'exemple, lors de la dernière année du référencement le nombre de retraités couverts est quasi équivalent au nombre d'actifs pour le ministère de l'éducation nationale et de la recherche. Ce constat amène donc à s'interroger sur l'équilibre actuariel de tels contrats dans la durée et sur l'aggravation de l'effet d'anti-sélection pouvant conduire les actifs les plus jeunes à se détourner de ce type de contrat devenant trop onéreux pour maintenir ce type de contrat à l'équilibre.

[92] Article 2 du décret : pour être éligibles à la participation des employeurs, les garanties doivent comporter à la fois la couverture du risque santé, incapacité de travail et *« tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès ».*

Tableau 7 : Taux d'adhésion des actifs à un contrat référencé par ministère

	Nombre d'assurés actifs en 2017	ETPT 2017	Taux de couverture par les organismes référencés (en %)
Ministères économiques et financiers	119 237	138 329	86
Éducation nationale	734 466	1 178 641	62
Transition écologique et solidaire	NC	40 682	-
Ministères sociaux	10 564	19 303	55
Armées	289 536	272 740	ns
Justice	58 738	82 204	70
Agriculture et alimentation	7 751	30 844	25
Affaires européennes et étrangères	5 452	13 628	40
Culture	NC	10 934	'

Source : Mission. NB : la mission ne dispose pas du nombre d'agents physiques pour chaque ministère et a donc procédé à une approximation du taux de couverture à partir du nombre d'ETPT. Pour le ministère des armées, le nombre d'assurés couverts par un contrat référencé étant supérieur au nombre d'ETPT, ce taux apparaît non pertinent.

1.3.2.2.2. Couvrant l'ensemble du spectre des niveaux de garanties des contrats individuels, les garanties référencées sont globalement de qualité inférieure aux contrats collectifs

À la demande de la mission, la DREES a réalisé une analyse des niveaux de couverture des garanties demandés par les ministères dans le cadre des appels d'offre lancés à l'occasion du deuxième référencement, en cherchant à les situer par rapport aux résultats obtenus dans le cadre de l'enquête sur les contrats les plus souscrits en 2016 (cf. annexe n° VIII).

Dans leur ensemble, les ministères ont demandé aux organismes complémentaires de proposer différents niveaux de couverture incluant un contrat d'entrée de gamme[93] , un contrat de milieu de gamme[94] et un contrat haut de gamme[95] . Néanmoins, il apparait que les ministères ont adopté des stratégies hétérogènes, certains proposant des contrats dans chacune des catégories de contrats (Défense, Justice et Agriculture), d'autres uniquement des contrat d'entrée ou de milieu de gamme (Affaires sociales) et d'autres uniquement de milieu et de haut de gamme (Transition écologique et Armées).

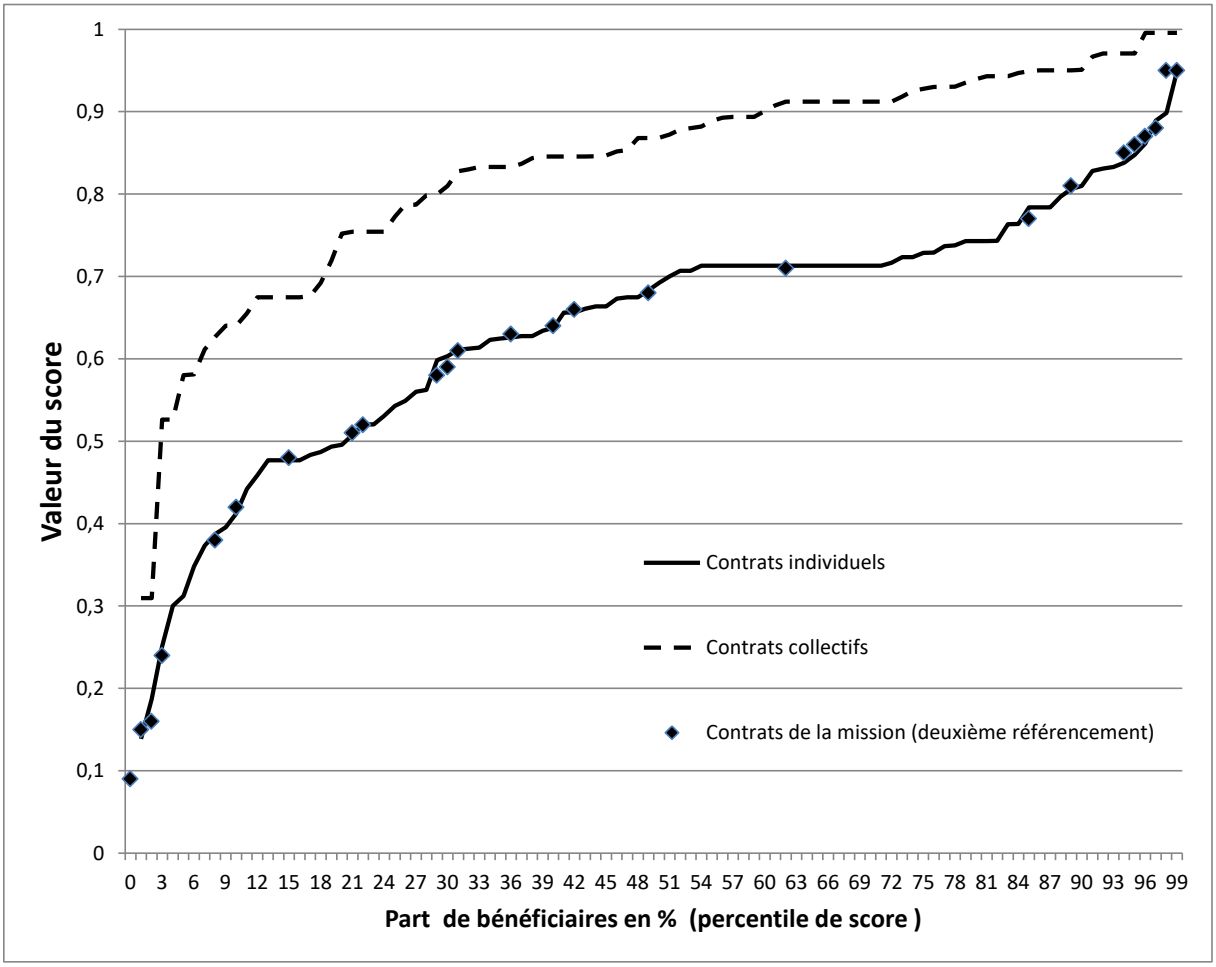
Le graphique 2 : met en évidence que **les contrats d'assurance santé référencés par les ministères couvrent l'ensemble du spectre des niveaux de garanties des contrats individuels les plus souscrits en 2016.**

[93] Score inférieur à 0,6.

[94] Score compris entre 0,6 et 0,8.

[95] Score supérieur à 0,8.

Graphique 2 : Positionnement des garanties des contrats tels que décrits dans les appels d'offre des ministères



Source : DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats. Lecture : En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts (10ème percentile) disposent d'un contrat dont le score est inférieur à 0,41. Champ : Ensemble des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs. Les contrats ciblant les fonctionnaires (carrés noir) sont ceux fournis par la mission. Méthode : voir fiche n°11 de l'ouvrage Barlet et al. (2019). La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties *(édition 2019). Paris,: DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.*

1.3.2.2.3. Le taux de couverture des agents publics par une complémentaire santé et leur capacité à accéder aux soins ne se démarquent pas par rapport aux agents du privé

Une étude a été réalisée par l'IRDES, à la demande de la mission, sur la couverture complémentaire santé des salariés de la fonction publique, à partir des données de l'enquête Santé et Protection sociale 2014[96].

Le taux de couverture global des agents publics s'établit à 98 % en 2014, soit au niveau constaté lors de la dernière enquête en 2012. À titre de comparaison, **il s'établit à un niveau légèrement inférieur dans le secteur privé à 97 %**, en progression d'un point par rapport à 2012. Le taux de couverture des agents en CDD s'établit à 93 % contre 98 % pour les fonctionnaires et les retraités de la fonction publique (le même type de constat pouvant être fait dans le secteur privé en comparant le taux de couverture des agents en CDI qui s'établit à 98 % à celui des agents en CDD qui s'établit à 89 % seulement)[97].

Par ailleurs, le taux de couverture des agents retraités de la fonction publique est identique à celui des fonctionnaires en activité (soit 98 %), soit davantage que dans le secteur privé où le taux de couverture pour les retraités est de 96 %.

Toujours selon cette étude, dans leur ensemble, **les agents de la fonction publique ont majoritairement une opinion positive de leur couverture en santé, même si les agents du secteur privé apparaissent davantage satisfaits** (cf. annexe n° VIII). Cela s'explique principalement par la nature du contrat d'assurance dans le secteur privé, qui est le plus souvent collectif à adhésion obligatoire (56 %)[98], limitant de ce fait les effets d'anti-sélection et bénéficiant d'une participation de l'employeur ; les agents publics actifs bénéficient, quant à eux, de ce type de contrat à hauteur de 13 % uniquement, le plus souvent comme ayant-droit de leur conjoint. Ces différences d'appréciation de la qualité de couverture s'estompent néanmoins au moment du passage à la retraite des agents du secteur privé dès lors qu'ils ne bénéficient plus du contrat collectif financé par leur ancien employeur.

En outre, **malgré un niveau de couverture moindre des agents publics, les taux de renoncement aux soins sont comparables entre les agents du secteur public et du secteur privé**, les comportements différant en fonction de la durée du contrat (environ un quart des agents recrutés à durée indéterminée et des retraités ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours de l'année précédant l'enquête ESPS 2014 contre plus d'un tiers des agents à contrat à durée déterminée).

---

[96] À la différence de l'exploitation de l'enquête Santé et Protection Sociale de 2012 qui avait été réalisée en 2015 pour les besoins de la mission IGA/IGAS/IGF sur la protection sociale complémentaire des agents publics, cette enquête intègre les données des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux les plus importants permettant d'améliorer la représentativité de l'échantillon.

[97] Cette moindre couverture des agents contractuels en CDD dans le public peut s'expliquer en partie par l'âge moyen des contractuels en CDD (la proportion des agents en CDD âgés de moins de 30 ans étant de 49 % contre 9 % pour les fonctionnaires). Néanmoins, 34 % des agents contractuels en CDD ont renoncé à des soins au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, contre 26% pour les fonctionnaires et 22 % pour les retraités. Cela laisse supposer d'une part, qu'une partie des contractuels de la fonction publique ne souscrivent pas de complémentaire santé pour des raisons économiques.

[98] Chiffre tiré de l'analyse de l'IRDES sur la base de l'enquête ESPS 2014.

2. Le deuxième référencement, marqué par une ouverture accrue à la concurrence et la recherche prioritaire d'un meilleur rapport garanties/tarifs, a mis en évidence les fragilités du dispositif

2.1. En misant sur une ouverture accrue à la concurrence, les ministères ont cherché à obtenir des tarifs plus favorables, et pour certains à diminuer leur soutien financier à la PSC

2.1.1. À travers une remise en cause de la position des mutuelles historiques, les ministères ont incité l'ensemble des acteurs à proposer des offres plus attractives sur le plan tarifaire

Plusieurs ministères ont indiqué à la mission avoir utilisé le levier de la mise en concurrence pour exercer une pression à l'amélioration du rapport garanties/prix auprès du tenant du premier référencement. Ainsi, **la majorité des ministères ont indiqué dans le cahier des charges du deuxième référencement être prêts à référencer plus d'un organisme complémentaire**. Ce nombre, parfois défini en concertation avec les OS (ex : Transition écologique, Justice, Économie et finances), a été défini sur la base de deux critères principaux :

- le volume de la population à couvrir, parfois jugé insuffisant pour référencer plus d'un organisme (cf. Affaires étrangères) ou au contraire trop élevé pour n'en référencer qu'un seul (cf. Armées) ;
- la volonté du ministère d'exercer une pression à l'amélioration du rapport garanties/prix vis-à-vis des mutuelles historiques (cf. Affaires sociales).

Au total, 16 organismes sont référencés dans le cadre du deuxième référencement contre 10 en 2015, avec l'entrée de nouveaux acteurs distincts des mutuelles historiques (cf. tableau 8). Concernant l'amélioration du rapport tarifs/garanties, **aucun des ministères ayant affirmé l'avoir amélioré entre les deux référencements n'a fourni à la mission de documents permettant de le mesurer.**

Néanmoins, la DREES et l'IRDES ont réalisé, à la demande de la mission, une comparaison des garanties référencées par deux ministères entre les deux vagues de référencement[99] . Il en ressort que les garanties proposées dans le cadre de ces deux ministères se sont trouvées à certains égards améliorées, Toutefois, les organismes référencés concernés n'opérant plus de remboursements différenciés selon le fait de fréquenter ou non le réseau de soins mutualiste, les assurés fréquentant ces réseaux bénéficient, pour les prestations dispensées par ces réseaux, de remboursements moins favorables que ceux dont ils bénéficiaient dans le cadre du premier référencement (cf. annexe n° VIII).

[99] Ces analyses portent uniquement sur le niveau des garanties compte tenu de la complexité de la tarification des contrats d'assurance santé, rendant l'analyse sous l'angle de la qualité et du prix très délicate.

Tableau 8 : Liste des organismes candidats et retenus par ministère dans le cadre du deuxième référencement

Ministères	Organismes candidats[100]	Organismes retenus	Organismes déjà référencés (O/N)[101]
Ministères économiques et financiers	▪ MGEFI ▪ MGP ▪ Intériale	MGEFI	O
Éducation nationale	▪ CNP ▪ Intériale-Axa ▪ MGEN	▪ CNP ▪ Intériale-Axa ▪ MGEN	▪ N ▪ N ▪ O
Transition écologique et solidaire	▪ AG2R ▪ MGEN	▪ MGEN	O[102]
Aviation civile	▪ Fortego ▪ MGEN-MFP ▪ MGAS-SHAM ▪ Humanis	▪ MGAS-SHAM	N
Ministères sociaux	▪ MGAS-SHAM ▪ MGEN-HFP	▪ MGAS-SHAM ▪ MGEN-HFP	▪ O ▪ N
Armées[103]	▪ Unéo ▪ HFP ▪ Fortégo[104] ▪ Intériale-Axa	▪ Unéo ▪ HFP ▪ Fortégo ▪ Intériale-Axa	▪ O ▪ O ▪ O ▪ N
Justice	▪ MNJ ▪ MGP ▪ Intériale-Axa ▪ HFP	▪ Intériale-Axa	N
Agriculture et alimentation	▪ HFP ▪ Groupama ▪ AG2R ▪ Intériale-Axa	▪ HFP ▪ Groupama[105] ▪ AG2R La Mondiale	▪ O ▪ O ▪ N
Affaires européennes et étrangères	▪ MAEE ▪ Intériale-Axa	▪ MAEE	O

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[100] Candidatures jugées recevables par les ministères.

[101] Dans le périmètre du ministère.

[102] La MGET, organisme précédemment référencé, a intégré en 2016 la MGEN.

[103] Les quatre organismes ont candidaté et ont été retenus pour les deux lots (civils et militaires).

[104] Groupement intégrant la mutuelle civile de la Défense (MCDéf) déjà référencée dans le cadre du premier référencement.

[105] Groupama était référencé auprès de l'Office national des forêts dans le cadre du premier référencement.

2.1.2. La participation financière annuelle prévue par les ministères dans le cadre de la PSC, soit 28 M€, a diminué de 39 % entre le premier et le deuxième référencement

La participation financière des ministères à la PSC, telle qu'inscrite dans les cahiers des charges[106], a connu entre 2015 et 2018 une accentuation de la diminution engagée de longue date[107].

Comme le montre le tableau 9, alors que le montant global alloué à la PSC a diminué de 38,6 %, seuls trois ministères (Armées, Culture et Affaires étrangères) ont maintenu leur engagement de participation au niveau constaté en 2015. La tendance constatée entre les deux référencements peut s'expliquer par (i) des arbitrages budgétaires défavorables à la PSC, le montant alloué à cette dernière pouvant servir, du fait de sa faible visibilité, de variable d'ajustement, ainsi que (ii) par des stratégies de négociation de nouveaux rapports garanties/prix dans le cadre du deuxième référencement et d'une ouverture à la concurrence plus favorables, selon les responsables ministériels rencontrés, aux agents et ne justifiant plus un soutien financier équivalent à celui qui préexistait.

Tableau 9 : Montant maximal de la participation financière à la PSC annoncé par les ministères (en M€)

Ministères	Premier référencement[108]	Deuxième référencement[109]	Évolution (en %)
Économie et finances	7,3[110]	4,0	- 45
Éducation nationale et recherche	12,0	4,0	- 66,7
Transition écologique et solidaire	4,5[111]	0,9	- 80
Aviation civile	0,0	0,8	-
Ministères sociaux	0,8	0,4	- 52,2
Armées	16,0	16,0	0,0
Justice	3,0	0,9	- 70,4
Agriculture et alimentation[112]	0,9	0,6	- 33,3
Affaires européennes et étrangères	1,2	1,2	0,0
Culture	0,2	0,2	0,0
Total	**45,9**	**28,2**	**- 38,6**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[106] Le montant effectivement versé est décidé chaque année au regard des transferts de solidarité notifiés pour l'année N-1. Ce montant, variable selon les années en fonction des arbitrages budgétaires propres à chaque ministère, peut différer de celui inscrit dans le cahier des charges. Ainsi, en 2017, le ministère de l'éducation a versé 2 M€ au titre de la PSC (4 M€ en 2016) alors qu'il s'était engagé dans le cadre du premier référencement sur un montant annuel de 12 M€.

[107] Avec une baisse de 20 % du soutien financier des ministères à la PSC entre 2004 (le total des subventions allouées aux mutuelles était estimé à 43,6 M€) et 2013

[108] Il s'agit de la moyenne du niveau de participation constaté entre 2009 et 2016.

[109] Il s'agit du montant inscrit dans le cahier des charges.

[110] Pas de participation budgétaire annuelle maximale inscrite dans le cahier des charges du premier référencement. Il s'agit du montant de la participation financière versée à l'organisme référencé en 2015.

[111] Il s'agit du niveau de participation constaté en 2009.

[112] Ministère uniquement, hors opérateurs.

2.2. L'ouverture en trompe-l'œil à la concurrence dans certains ministères se traduit en pratique par une segmentation des risques qui compromet les transferts de solidarité et la participation financière des employeurs

2.2.1. Du fait de l'absence de bascule automatique vers les offres nouvellement référencées, dont la viabilité économique pose question, les premières données disponibles font apparaître une baisse conséquente du nombre d'adhérents à un contrat référencé

Compte tenu du caractère facultatif du dispositif, les dispositions réglementaires ne prévoient pas les conditions du transfert des adhérents aux offres retenues lors du premier référencement vers celles retenues dans le cadre du deuxième référencement. Le décret du 19 septembre 2007 impose seulement à l'organisme perdant son référencement d'informer ses adhérents et de leur permettre de changer d'organisme dans un délai de trois mois après l'envoi de cette information[113]. Il n'impose en revanche aucune obligation à un organisme conservant son référencement dans le cadre d'une nouvelle offre.

En l'absence de clauses liant la durée de validité des contrats et règlements mutualistes collectifs définissant les conditions applicables à une offre à la durée du référencement, ceux-ci peuvent continuer à s'appliquer. En ce cas, si l'adhérent n'utilise pas la possibilité de résiliation en cas de nouveau référencement mentionnée ci-dessus, il ne peut ensuite résilier son adhésion qu'aux échéances annuelles suivantes. Mais, même dans le cas où les clauses du règlement ou du contrat prévoient qu'il prend fin en cas de non renouvellement du référencement, ce qui est le cas dans plusieurs de ceux établis dans le cadre du deuxième référencement (cf. annexe n° VII), rien n'empêche l'organisme complémentaire de proposer à titre individuel aux adhérents un nouveau contrat ou règlement reproduisant les caractéristiques du précédent.

Ainsi, certains organismes précédemment référencés font peu d'efforts pour faire passer leurs adhérents sur leur nouvelle offre :

- parce qu'ils ont dû consentir à des baisses tarifaires pour conserver leur référencement ;
- parce que l'appel d'offre leur a interdit l'inclusion de la garantie dépendance ou l'adhésion groupée à une mutuelle d'action sociale organisée dans le cadre du livre III du code de la mutualité.

De même certains organismes nouvellement référencés ont pu proposer des offres tarifaires performantes avec l'objectif, parfois non dissimulé, de ne pas les diffuser sur l'ensemble de la population cible mais seulement sur la partie de celle-ci présentant les risques les moins élevés (élèves des écoles de formation par exemple), et concentrent leurs efforts de commercialisation sur cette catégorie.

[113] Article 11 du décret du 19 septembre 2007.

Encadré 1 : Évolution du nombre d'adhérents à un contrat référencé

DONNÉES NON COMMUNICABLES
au sens de l'article L 311-6 du code des
relations entre le public et l'administration

114 NC.

115 NC.

116 NC.

Tableau 10 : Nombre d'adhérents, actifs et retraités, à un contrat référencé par mutuelle référencée et par ministère

OC	Dernière année du premier référencement	Première année du deuxième référencement	Taux de bascule (en %)
Ministères économiques et financiers			
OC n°1	223 508	223 172	99,85
Éducation nationale			
OC n°1	1 500 438	916	0,06
OC n°2	-	729	-
OC n°3	-	NC	-
Ministères sociaux			
OC n°1	-	35	-
OC n°2	19 408	1 088	5,61
Transition écologique			
OC n°1	NC	NC	-
Armées			
OC n°1	-	387	-
OC n°2	490 002	18 318[117]	3,74
OC n°3	NC	NC	-
OC n°4	NC	NC	-
Agriculture			
OC n°1	18 974[118]	12 418	65,45
OC n°1	-	291	-
OC n°3	NC	131	-
Justice			
OC n°1[119]	81 837	Non référencé	
OC n°2[120]	6 162	10 580	12,92[121]
Affaires étrangères			
OC n°1	10 355	9 880	95,41
Culture			
OC n°1	11 668	35	0,29
OC n°2	-	NC	-
OC n°3	-	NC	-

Source : Mission, d'après données communiquées par les organismes complémentaires référencés ou par les DRH ministérielles.

2.2.2. Le multiréférencement brouille encore la lisibilité du dispositif, complexifie son suivi et accroît la segmentation des adhérents

Le multiréférencement avait été initialement conçu pour tenir compte de l'existence de régimes historiquement distincts du fait des redécoupages successifs de départements ministériels, ou d'une segmentation par direction au sein d'un même ministère. Il n'avait été admis que comme un pis-aller, en attendant un regroupement des acteurs à un niveau suffisamment large (dont l'exemple des ministères financiers offre une bonne illustration).

[117] Effectifs au 31 décembre 2018.

[118] Effectifs en 2015.

[119] Référencé jusqu'au 27 septembre 2017.

[120] Référencé depuis le 28 septembre 2017.

[121] Pour le Ministère de la Justice, le taux de bascule a été calculé en rapportant le nombre d'adhérents de la nouvelle mutuelle référencée fin 2018 à ceux de l'ancienne mutuelle référencée en septembre 2017.

Dans le cadre du deuxième référencement, certains ministères ont utilisé cette possibilité en ouvrant le marché à de nouveaux opérateurs en retenant simultanément plusieurs organismes[122]. Ce choix semble présenter plus d'inconvénients que d'avantages :

- le multiréférencement permet en théorie d'offrir une palette de solutions différentes aux agents[123], pouvant s'adapter à la diversité de leurs situations professionnelles et familiales, mais **l'exercice du choix peut être complexe pour les agents** qui doivent comparer les tarifs en fonction de leur profil de consommation de soins et de leur risque estimé (en prévoyance) pour identifier l'offre la plus avantageuse. En outre, en prévoyance, le choix est rendu aléatoire par la méconnaissance des conditions détaillées des contrats et règlements qui ne leurs sont communiqués qu'après l'adhésion (cf. 1.3.2.1.3) ;
- il renforce la **compétition entre organismes, en la prolongeant après la mise en concurrence initiale et en favorisant des comportements de sélection de la part des « entrants » qui peuvent ne chercher à recruter que des adhérents présentant les « bons risques », les mutuelles historiques risquant de ne conserver que les « mauvais risques » ;**
- cette compétition pour le recrutement des adhérents est **génératrice de frais d'acquisition** non pris en compte dans le calcul des transferts de solidarité (pour lequel les frais de gestion sont plafonnés à 10 %) ;
- il aboutit à une répartition de la population des adhérents entre plusieurs opérateurs, et à une **segmentation du périmètre de mutualisation des risques**, situation paradoxale et contradictoire avec l'objectif de solidarité recherché. En prévoyance en particulier, une telle concurrence pourrait aboutir à une segmentation de la population adhérente par âges susceptible de remettre en cause le principe même d'une tarification strictement fondée sur le niveau de ressources.

2.2.3. Cette segmentation devrait engendrer une baisse drastique des transferts de solidarité et de la participation financière des employeurs qui, conjuguée aux évolutions en cours de la complémentaire santé, pourrait fragiliser l'équilibre financier de certains organismes

2.2.3.1. Sans préjuger des transferts de solidarité effectués sur les contrats non référencés, l'absence de transferts sur les garanties référencées interdit à quatre ministères de verser l'enveloppe de 21 M€ prévue au titre de la PSC en 2019

Les organismes complémentaires n'ont pas communiqué à la mission de données sur les évolutions mises en œuvre ou envisagées de la structure tarifs/garanties des contrats anciennement référencés. Il n'est donc pas possible d'analyser l'existence éventuelle de transferts de solidarité sur ces contrats.

[122] 2 organismes pour les ministères sociaux, 3 pour le MEN-MESR et pour le ministère de l'Agriculture, 4 avec chacun deux offres (personnels civils et militaires) pour les le ministère des Armées.

[123] Les garanties offertes, définies par le cahier des charges ministériel, sont les mêmes mais les tarifs diffèrent.

En revanche, à rebours des estimations très volontaristes qui avaient été réalisées par les candidats dans le cadre des appels à concurrence, il est possible d'affirmer que, dans au moins quatre ministères (Éducation nationale, Armées, Affaires sociales et Culture) qui emploient la grande majorité des agents de l'État, au regard du faible volume d'adhérents aux garanties référencées et de leurs caractéristiques (jeunes actifs en grande majorité), **le niveau des transferts de solidarité réalisés lors de la première année du référencement devrait être proche de zéro.**

Par conséquent, à droit constant, ces ministères ne pourront pas allouer à la PSC en 2019 les montants prévus dans les cahiers des charges, **ce qui représentera pour l'État un montant non consommé global de 20,6 M €**[124] **qui pourra être économisé ou réinjecté dans le budget d'action sociale ministérielle.**

2.2.3.2. Confrontés à l'impact de la réforme « 100 % santé » et, pour certains, à la perte de la gestion du régime obligatoire, la fin du soutien financier de l'État pourrait amener une partie des acteurs à revoir leur modèle économique, avec de potentielles augmentations tarifaires

Même si le soutien financier des ministères représente, pour les mutuelles concernées, une très faible part de leurs ressources, la fin, pour une partie d'entre elles, de tout soutien financier de la part de l'État pourrait les amener à revoir le modèle économique des contrats non référencés auxquels souscrivent aujourd'hui la majorité des adhérents. Cette révision du modèle économique pourrait se traduire par une augmentation tarifaire (qui ne fait l'objet d'aucun encadrement en dehors des garanties référencées), une diminution du niveau des garanties ou une réduction des coûts de gestion.

Cette évolution du modèle économique pourra s'avérer d'autant plus nécessaire que :

- l'ensemble des mutuelles « historiques » est confronté à une augmentation de la part des adhérents de plus de 75 ans par rapport à celle des jeunes actifs ;
- l'ensemble des mutuelles doit mettre en œuvre la réforme dite « 100 % santé »[125] qui, selon les analyses réalisées par la DREES, aura un impact financier d'autant plus important que la part des adhérents âgés est élevée et que les contrats sont d'entrée ou de milieu de gamme[126] ;
- les douze mutuelles regroupées au sein de MFP Services (mutualité de la fonction publique services) ont perdu depuis mars 2019 la gestion du régime obligatoire qui représentait un avantage comparatif par rapport aux autres acteurs pour attirer des adhérents sur les contrats complémentaires dans leur périmètre ministériel ;
- enfin, une proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, en cours de discussion à date au Sénat, prévoit la possibilité d'une résiliation infra-annuelle des contrats qui pourrait aussi déstabiliser l'ensemble du secteur.

---

[124] Ce montant est calculé en tenant compte des sommes que ces ministères avaient prévu, dans le cahier des charges du deuxième référencement, d'allouer à la PSC : 4 M€ pour l'Éducation nationale, 0,38 M€ pour les Affaires sociales, 16 M€ pour les Armées, 0,2 M€ pour la Culture.

[125] Les engagements de lisibilité accrue des contrats pris par les assureurs complémentaires dans le contexte de cette réforme pourraient aussi contribuer à accroître la mobilité des assurés.

[126] Selon l'analyse réalisée par la DREES en décembre 2018, « *le principe de la réforme 100% santé conduit à fixer des planchers de prise en charge sur le panier 100% santé et donc à augmenter en premier lieu les garanties des contrats de milieu et d'entrée de gamme. Les assurés les plus âgés étant les plus gros consommateurs de soins dentaires et 'audioprothèses, et étant principalement couverts par des contrats individuels, dont les garanties sont plus faibles que sur le marché collectif, seront donc ceux pour lesquels les primes devraient le plus augmenter du fait de la réforme, d'autant plus que ces contrats pratiquent une tarification croissante avec l'âge* ».

Encadré 2 : La réforme « 100 % santé »

Prévue par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2019, la réforme « 100 % santé » vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Elle cible les trois domaines présentant les restes à charge les plus élevés (l'optique, l'audiologie et le dentaire), pour lesquels le remboursement intégral d'un ensemble de soins et d'équipements de qualité sera assuré (le « panier 100 % santé »). Tous les contrats d'assurance complémentaire solidaires et responsables doivent couvrir le « panier 100 % santé » à compter du 1er janvier 2020 pour l'optique et les soins prothétiques dentaires et d'ici 2021 pour l'audiologie.

Les assureurs complémentaires ont en outre, dans ce contexte, pris des engagements d'améliorer la lisibilité de leurs contrats (cf. annexe n° VIII).

Source : http://www.securite-sociale.fr/-Reforme-du-100-sante.

3. Le choix d'un scénario d'évolution du dispositif doit reposer sur une clarification de ses objectifs et tenir compte des engagements pris par l'État dans le cadre du deuxième référencement

Dans le cadre de la concertation prévue avec les organisations syndicales, la mission recommande de :

- clarifier les objectifs assignés à la PSC dans la fonction publique, préalable indispensable à l'appréciation des leviers proposés par le rapport ;
- tenir compte, dans la FPE, du calendrier du deuxième référencement qui s'achèvera, selon les ministères entre 2023 et 2024, en donnant le temps nécessaire à l'ensemble des parties prenantes (DRH, organismes complémentaires, agents) pour se préparer à toute éventuelle évolution du dispositif ;
- préserver, et même élargir, les marges de manœuvre des employeurs territoriaux en leur ouvrant accès à une nouvelle forme de soutien financier à la PSC en aménageant les dispositifs existants.

3.1. Dans la FPE, en attendant la fin du deuxième référencement, la mission recommande un aménagement du dispositif existant qui est en grande partie conditionné à une augmentation de l'enveloppe globale allouée à la PSC

3.1.1. Lever les freins à la bascule des adhérents, en particulier retraités, des contrats anciennement référencés vers les contrats nouvellement référencés et renforcer l'information des agents sur la prévoyance

3.1.1.1. Favoriser la bascule des agents vers les contrats nouvellement référencés

Sauf à remettre en cause avant la fin du deuxième référencement l'existence de ce dispositif, ce que la mission ne recommande pas[127], la mise en œuvre de ce levier est indispensable pour permettre à l'ensemble des ministères de continuer de participer financièrement à la PSC.

[127] Il faudrait une disposition législative, puisque le décret de 2007 prévoit limitativement les cas de retrait du référencement et ne peut être modifié rétroactivement pour les référencements en cours. Si on analyse les conventions de référencement comme des contrats administratifs qu'il est en principe possible de modifier ou

Dans le cadre actuel du deuxième référencement, il s'agirait pour les ministères concernés par cette nécessité de bascule[128] de :

- renforcer les démarches d'information auprès de l'ensemble des agents, y compris les retraités en instruisant les relais possibles (associations, service des retraites de l'État, syndicats) pour communiquer spécifiquement auprès de cette population, sur l'intérêt de souscrire aux garanties nouvellement référencées[129] ;
- négocier avec les organismes référencés pour mettre en place les conditions de cette bascule, ce qui pourrait supposer de lever certaines contraintes qui contribuent à l'absence de diffusion des nouvelles offres (comme l'interdiction de l'adhésion groupée à une mutuelle du livre III) et de réviser les rapports tarifs/garanties prévus dans les cahiers des charges, le cas échéant avec des augmentations tarifaires supérieures à celles fixées dans le cadre du deuxième référencement ;
- revoir à la hausse, le cas échéant, le niveau de participation financière envisagé pour compenser les éventuelles augmentations tarifaires engendrées par la renégociation avec les organismes référencés.

À l'issue du deuxième référencement, s'il est choisi de conserver ce type de dispositif, il conviendrait de prévoir systématiquement dans les cahiers des charges des dispositions visant à inciter à une bascule de tous les adhérents, y compris des retraités, vers les contrats nouvellement référencés. Dans un cadre facultatif, cette bascule ne peut toutefois être imposée et demeurera limitée, en cas de changement d'organisme de référence, en l'absence d'une participation financière substantielle de l'employeur au nouveau contrat.

3.1.1.2. Renforcer l'information des agents sur l'importance de souscrire une couverture prévoyance

L'intérêt d'une prévoyance complémentaire paraît insuffisamment mesuré par les agents du fait de la faible fréquence des situations dans lesquelles le revenu de l'agent est affecté : si en moyenne, au moins 30 % des agents connaissent au moins un arrêt maladie dans l'année, moins de 2%[130] atteignent la durée d'arrêt les conduisant à ne recevoir qu'un demi-traitement ; les mises en retraite pour invalidité concernent moins de 6 % des pensions liquidées en 2017 par le service des retraites de l'État. **Comparativement à la fréquence de la consommation des soins de santé, le risque peut paraître peu important alors que ses conséquences peuvent être beaucoup plus lourdes.**

résilier, hors les cas contractuellement prévus, lorsque l'intérêt général l'exige, cela suppose d'indemniser intégralement le cocontractant (CE, Ass. 2 mai 1958, Distillerie de Magnac-Laval).

[128] Éducation nationale, Culture, Armées, Transition écologique et solidaire, Affaires sociales.

[129] Cette recommandation s'applique aussi à la FPT où les retraités, qui bénéficient en droit des dispositifs prévus par le décret du 8 novembre 2011, ne disposent pas de l'information nécessaire pour adhérer, quand bien même certaines collectivités se disent prêtes à leur verser une participation financière au titre de la PSC. L'Ircantec et la CNRACL ont donc un rôle à jouer pour informer les retraités de leur droit à adhérer à la convention conclue par leur ex-employeur ou à un règlement ou contrat labellisé.

[130] Des agents des ministères ayant fourni des statistiques à ce sujet pour le deuxième référencement.

La relative complexité des règles applicables ne favorise pas en outre une claire appréhension du risque :

- la règle de la mesure des trois mois d'arrêt calculés sur douze mois glissants pour déclencher le passage à demi-traitement n'est pas simple à comprendre ;
- le niveau de maintien de la rémunération pendant le congé maladie n'est pas identifié, le terme « demi-traitement » fréquemment utilisé ne visant pas les primes dont le maintien, la réduction ou la suspension dépend de leur nature et de celle du congé dont l'agent bénéficie ;
- la situation au terme d'un congé maladie n'est pas facile à anticiper du fait de la multiplicité des situations possibles ; les agents qui peuvent bénéficier de la couverture acquise par leur conjoint exerçant son activité dans le secteur privé et adhérant de ce fait à un contrat collectif peuvent s'estimer protégés alors qu'ils ne bénéficient en ce cas que de la complémentaire santé ;
- le caractère moins protecteur des dispositions relatives aux contractuels probablement moins bien identifié encore par les intéressés.

Informer précisément les agents sur les règles statutaires relatives à l'indemnisation de l'incapacité temporaire et de l'invalidité devrait représenter une priorité pour les directions des ressources humaines des employeurs publics. Cette information pourrait trouver place dans les livrets d'accueil donnés aux agents nouvellement recrutés, avec l'avantage de pouvoir fournir des indications précises sur les règles appliquées aux primes dont le sort dépend de leur nature, variable selon les ministères et les employeurs publics et, pour les collectivités territoriales, des décisions de leurs assemblées délibérantes. Elle pourrait être complétée par la fourniture régulière, par exemple dans les bilans sociaux, de données statistiques sur la sinistralité observée, permettant aux agents de mesurer la réalité du risque.

3.1.2. Augmenter le niveau de participation financière des ministères, en le rapprochant du secteur privé ou du niveau par agent le plus élevé à l'heure actuelle ou, *a minima*, en prenant en charge une part accrue des transferts de solidarité

3.1.2.1. Le coût de la prise en charge à 50 % des cotisations santé et prévoyance à la PSC dans la seule FPE pourrait s'élever à 1-1,3 Md € par an

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 a incité les agents publics à comparer le niveau de participation des employeurs privés à la PSC à celui des employeurs publics. Cette comparaison présente cependant une limite dans la mesure où la prise en charge obligatoire d'au moins 50 % de la cotisation ne s'applique dans le privé qu'à la couverture santé[131], et qu'aux actifs.

[131] Les données du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) montrent toutefois que les taux de participation en prévoyance dépassent 50 % dans les branches de plus de 50 000 salariés (cf. annexe VII).

À partir du montant moyen de la cotisation annuelle payée en 2017 par les adhérents à un organisme représentatif pour la couverture des risques santé et prévoyance (1 073 €)[132], la mission a extrapolé le coût que représenterait la prise en charge à 50 % de cette cotisation par les employeurs au bénéfice de leurs agents actifs. **Il s'élèverait, dans l'hypothèse d'une adhésion de l'ensemble des 2,4 M d'actifs de l'État et de ses EPA, fonctionnaires et contractuels compris[133], à 1,3 Md € et, dans l'hypothèse ou une partie des agents (20 %) n'adhéreraient pas** (bénéficiaires de la couverture de leur conjoint par exemple), **à 1 Md€**. Cette augmentation de la participation de l'État pourrait être atténuée si l'élargissement de la mutualisation avait un effet à la baisse sur le montant moyen de la cotisation payée, et donc sur le coût que représenterait sa prise en charge à 50 % par l'employeur, que la mission n'est pas en mesure de chiffrer. En outre, ce calcul ne prend pas en compte les évolutions tarifaires pouvant être liées aux évolutions règlementaires en matière de protection sociale complémentaire (telles que la réforme « 100 % Santé » et la possibilité offerte de résilier un contrat d'assurance santé de manière infra-annuelle).

La perspective d'un alignement de la prise en charge de la PSC dans la FPE sur le privé représenterait donc un effort budgétaire considérable, qui serait encore accru s'il était suivi également dans la FPT et la FPH.

3.1.2.2. Le versement de 120 € par adhérent et par an, soit le niveau le plus élevé constaté aujourd'hui représenterait un coût d'environ 280 M€

Dans une autre logique, **il pourrait être envisagé d'aligner le montant versé par l'employeur public chaque année aux adhérents aux organismes complémentaires référencés (actifs et retraités) sur la base d'un montant de 120 € par an montant correspondant à la participation la plus élevée versée par un ministère.** Cette participation représenterait donc une part variable de la prime payée par chaque adhérent en fonction de sa situation personnelle et de la grille tarifaire proposée par l'organisme référencé dont il a souscrit un contrat sur la base du cahier des charges de son ministère.

Comme le montre le tableau 11, un alignement du niveau de participation sur ces montants, qui supposerait de revoir les règles plafonnant le niveau de participation à celui des transferts notifiés représenterait un coût total annuel, à périmètre identique, d'environ 280 M€, à comparer à une participation financière prévue à hauteur de 28,2 M€ dans le cadre du deuxième référencement et une participation financière de 18,3 M€ réalisée en 2017.

[132] La mission n'a pas pu accéder aux données relatives au total des primes payées et au nombre d'adhérents pour l'ensemble des mutuelles référencées en 2017.

[133] Soit 2 398 031 agents au 31/12/2015 dont 1 913 674 Pour l'Etat 484 35 pour ses EPA (source DGAFP : chiffres clés).

Tableau 11 : Estimation du coût du versement d'une aide de 120 € par an et par adhérent à une complémentaire référencée au 31/12/2017 (en M€)

Ministères	Nombre d'adhérents à un OC référencé au 31/12/2017[134]	Coût d'une aide de 120 € par adhérent et par an
Ministères économiques et financiers	217 335	26 080 200
Éducation nationale et recherche	1 459 653	175 158 360
Transition écologique et solidaire	36 425[135]	4 371 000
Ministères sociaux	19 637	2 356 440
Armées	478 415	57 409 800
Justice	86 999	10 439 880
Agriculture et alimentation	12 685	1 522 200
Affaires européennes et étrangères	9 880	1 185 600
Culture	11 668[136]	1 400 203
Total	**2 332 697**	**279 923 683**

Source : Mission.

Le ministère de l'intérieur, qui ne référence pas d'OC, et ne verse pas d'aide, pourrait être amené à réviser sa position si les autres ministères aident leurs agents, ce qui est un facteur d'attractivité relative.

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

Le niveau de participation financière des ministères étant à l'heure actuelle encadré par l'existence de transferts de solidarité, il pourrait être envisagé d'augmenter le taux de compensation de ces transferts (estimé en 2017 à 33 %). Trois hypothèses sont envisagées dans le tableau 12 avec la prise en charge à 50, 70 ou 100 % des transferts de solidarité constatés en 2017 pour un coût situé entre 28 et 56 M€, soit 1,5 à 3,1 fois le montant consacré à la PSC en 2017.

Une telle augmentation du niveau de prise en charge des transferts serait cohérente avec l'objectif initial de la PSC, celui de favoriser des tarifs plus accessibles pour les retraités et les familles grâce à une participation financière de l'employeur public. **Néanmoins, cette évolution ne permettrait pas d'afficher un montant de participation par adhérent suffisamment significatif dans tous les ministères, à transferts de solidarité inchangés.** Par exemple, dans l'Éducation nationale, même en prenant en charge 100 % des transferts de solidarité (pour une enveloppe totale de 28,6 M€ quatorze fois supérieure au montant versé en 2017), le montant de la participation annuelle par adhérent[137] resterait de 19 € (soit moins de 2 € par mois) sur la base des chiffres obtenus à la fin du premier référencement.

[134] Adhérents directs uniquement, actifs et retraités.

[135] Il s'agit des données pour l'année 2013 communiquées par le rapport IGF-IGAS-IGA sur la PSC de 2015. Le ministère ne dispose pas de données plus récentes, le référencement ayant pris fin en 2015.

[136] Nombre constaté par la MGEN au 30 juin 2017.

[137] Calcul effectué sur la base de 1 459 653 adhérents actifs et retraités (adhérents directs uniquement, à l'exclusion des ayants droit) au 31 décembre 2017.

Tableau 12 : Calcul du coût de la prise en charge à 50 ou 70 % des transferts de solidarité constatés en 2017 (en M€)

Ministères	Montant des transferts de solidarité en 2017	Montant de la participation financière en 2017	Coût d'une prise en charge à 50 %	Écart par rapport au montant versé en 2017	Coût d'une prise en charge à 70 %	Écart par rapport au montant versé en 2017
Ministères économiques et financiers	6,1	0,0	3,1	3,1	4,3	4,3
Éducation nationale et recherche	28,6	2,0	14,3	12,3	20,0	18,0
Transition écologique et solidaire	0,5[138]	-[139]	0,3	0,3	0,4	0,4
Ministères sociaux	0,7	0,7	0,4	-0,1	0,5	0,1
Armées	15,0	13,0	7,5	-5,5	10,5	-2,5
Justice	0,7[140]	0,9	0,4	-0,6	0,5	-0,4
Agriculture et alimentation	1,7	0,6	0,9	0,3	1,2	0,6
Affaires européennes et étrangères	3	1,2	1,5	0,3	2,1	0,9
Culture	NC	0,2	-	-	-	-
Total	**56,3**	**18,3**	**28,1**	**10,1**	**39,4**	**21,3**

Source : Mission.

3.1.3. Individualiser le versement de l'aide et, le cas échéant, la cibler sur les agents qui en ont le plus besoin et/ou sur la prévoyance

L'individualisation du versement de l'aide n'a de sens que si le niveau de participation financière par ministère est suffisamment élevé pour être significatif lorsqu'il est ramené par an et par agent.

Sur le plan juridique, cette évolution, favorable à la lisibilité du dispositif, serait compatible avec la doctrine de la Commission européenne qui a validé le principe dans sa décision déjà citée sur le projet de décret relatif à la FPT[141]. Dans une note du 27 mars 2015 adressée à l'IGF, la Direction des affaires juridiques des ministères économiques et financiers soulignait également que l'avantage, issu de la participation financière de l'État à la PSC, devait être identifiable pour les agents, même si la Commission n'avait pas imposé que l'aide soit individualisée sur chaque appel à cotisation.

[138] Il s'agit des transferts prévisionnels pour l'année 2019 dans l'hypothèse où seuls les agents et retraités envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif.

[139] Pas de référencement.

[140] Il s'agit des transferts notifiés par la MMJ en 2016 (pas de transferts notifiés en 2017).

[141] C(2011)1008 paragraphes 44 à 46.

Le versement individuel de l'aide aux agents supposerait néanmoins une modification du décret du 19 septembre 2007 dont l'article 12 dispose que la participation est « *attribuée à l'organisme de référence ou répartie entre les organismes de référence en fonction des transferts effectifs de solidarité, intergénérationnels et familiaux, opérés au titre des garanties proposées à la population intéressée* ». Il ne pourrait être mis en œuvre que dans le cadre de la négociation envisagée plus haut avec les organismes référencés. Il aurait par ailleurs pour conséquence de donner à l'avantage en espèces directement accordé à chaque agent le caractère d'un élément de rémunération, conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation[142], ce dont il faudrait tenir compte dans le calibrage financier.

Si le montant de l'enveloppe allouée à la PSC par ministère restait insuffisant pour afficher un montant par agent suffisamment significatif, la mission recommande de déterminer, ministère par ministère, des critères de ciblage de l'aide financière de l'employeur sur les agents pour lesquels elle aurait l'effet incitatif le plus fort pour l'adhésion à une couverture complémentaire. Il pourrait s'agir des agents dont le niveau de revenu est le plus faible et qui sont par conséquent les moins à même de supporter le reste à charge éventuellement lié à leur consommation de soins et les plus susceptibles d'être fragilisés, du fait d'un montant d'épargne plus faible, par une bascule en demi-traitement. Ce ciblage aurait un impact sur les agents qui ne bénéficieraient plus, même indirectement, de la participation financière de leur employeur et pourraient voir leur cotisation augmenter à la marge. Il engendrerait en outre des effets de seuil.

Sur la base des éléments transmis par les ministères aux organismes candidats dans le cadre du deuxième référencement, la mission a déterminé la part des adhérents (actifs uniquement) sur lesquels pourrait être ciblée l'aide financière annuelle[143]. **Même en ciblant cette aide sur une partie des agents, cette mesure devrait s'accompagner dans certains ministères (Éducation nationale et Justice en particulier) d'une augmentation de son montant, sans quoi les montants versés resteraient sous un seuil jugé suffisamment significatif pour inciter les agents concernés à adhérer à la PSC** (dans la simulation réalisée ci-dessous, en ciblant l'aide sur respectivement 18 et 27 % des adhérents, les montants versés par individu par l'Éducation nationale et la Justice ne seraient que de 15 € et 59 € par an, soit 1,25 et 5 € par mois).

[142] cf. Chambre sociale, 26 mai 1994, n°92-12338 ; cela emporte l'assujettissement à l'ensemble des cotisations et contributions sociales pour les agents contractuels, ou à la CSG, la CRDS et au forfait social pour les fonctionnaires

[143] Cette part a été calculée selon des critères propres à chaque ministère, et dépendants des données communiquées dans le cadre des appels à concurrence, de sorte d'aboutir à un versement de l'aide à une part des agents située entre 18 et 46 %. Il va de soi que des critères plus fins (ex : répartition des adhérents par tranche d'âge et tranche de revenus) mériteraient d'être utilisés. Il serait également utile d'élargir l'application des critères de ciblage aux adhérents retraités en ciblant, par exemple, les plus faibles montants de pension. Le montant de l'aide financière utilisé dans cette simulation est celui qui a été versé par les ministères en 2017.

Tableau 13 : Simulation du montant de l'aide annuelle qui pourrait être versée par adhérent à une complémentaire référencée et par ministère dans une logique de ciblage

Ministères	Nombre d'adhérents actifs au 31/12/2017	Montant de l'aide financière annuelle versée en 2017 (en M€)	Part des adhérents sur laquelle pourrait être ciblée l'aide financière (en %)	Nombre d'adhérents bénéficiaires de l'aide ciblée	Montant de l'aide annuelle par adhérent en cas de ciblage (en €)
Économies et finances	119 237	0,0	29[144]	34 568	-
Éducation nationale et recherche	734 466	2,0	18[145]	131 512	15
Transition écologique et solidaire	-	-[146]	23[147]	-	-
Ministères sociaux	10 564	0,7	25[148]	2 618	267
Armées	289 536	13,0	15[149]	42 040	309
Justice	57 738	0,9	27[150]	15 332	59
Agriculture et alimentation	7 751	0,6	20[151]	1 921	312
Affaires européennes et étrangères	5 452	1,2	46[152]	2 487	483

Source : Mission.

Toujours dans une logique de ciblage et d'amélioration de la lisibilité du dispositif, pour mettre l'accent sur l'importance accordée par les employeurs à la couverture prévoyance et plus particulièrement sur la couverture des risques d'incapacité et d'invalidité, qui répond à un besoin plus spécifique à la fonction publique que la couverture santé, il pourrait aussi être envisagé de prendre en charge tout ou partie du seul coût de la couverture prévoyance. **Ce ciblage est motivé par l'impact potentiel plus important des risques incapacité et invalidité sur la situation financière des agents concernés, qui peuvent être amenés, dans les cas les plus difficiles, à solliciter l'intervention de l'employeur au titre des prêts et secours** (la mission n'a toutefois pas pu chiffrer cette donnée qui n'est pas retracée au sein des ministères).

144 Sur un total de 144 455 agents actifs éligibles à la PSC, 41 879 sont en catégorie C.

145 Sur un total de 1 182 408 agents actifs éligibles à la PSC, 55 599 sont en catégorie C et 156 120 sont en catégorie A ou B ou non titulaires et ont moins de 30 ans.

146 Pas de référencement.

147 Sur un total de 45 785 agents actifs éligibles à la PSC, 10 432 sont en catégorie C ou ouvriers des parcs et des ateliers (OPA) et ont moins de 50 ans.

148 Sur un total de 27 113 agents actifs éligibles à la PSC, 6 718 sont en catégorie C.

149 Sur un total de 263 350 agents actifs éligibles à la PSC (civils, militaires et gendarmerie), 50 097 sont des militaires du rang âgés de moins de 30 ans, 20 620 sont des civils de catégorie C et 17 618 sont des ouvriers.

150 Sur un total de 76 509 agents actifs éligibles à la PSC, 20 317 sont des agents de catégorie C âgés de moins de 50 ans.

151 Sur un total de 36 419 agents actifs éligibles à la PSC, 4 596 sont des agents de catégorie C.

152 Sur un total de 10 538 agents actifs adhérents à la mutuelle référencée en 2017, 4 725 relèvent d'un indice inférieur à 401.

Le cas échéant, en cas d'absence d'augmentation de l'enveloppe globale, cette amélioration de la lisibilité sera d'autant plus forte si elle est couplée avec un ciblage du versement de l'aide sur les agents qui en ont le plus besoin selon des critères similaires à ceux déjà évoqués ci-dessus.

3.1.4. En matière de prévoyance, étudier en priorité un rapprochement des garanties statutaires offertes aux contractuels de celles des fonctionnaires, ouvrir la possibilité de souscrire seulement à une couverture prévoyance et permettre une participation spécifique des employeurs

L'amélioration de la protection des agents contre les risques d'incapacité temporaire et d'invalidité peut s'envisager deux manières : **le renforcement des garanties statutaires et/ou l'amélioration de la coordination des garanties statutaires et complémentaires.**

La première option représenterait un coût direct pour les finances publiques même si elle peut être globalement moins coûteuse, que le passage par la protection complémentaire[153]. La mission considère cependant que la perspective d'ouverture accrue des emplois publics aux contractuels invite à **étudier en priorité un rapprochement des garanties qui leur sont offertes de celles des fonctionnaires** : moins bien protégés que les fonctionnaires, avec des durées plus courtes de maintien de salaire, les contractuels ne bénéficient pas non plus des garanties de prévoyance instaurées dans le secteur privé par les accords de branche. Le faible niveau de couverture offert aujourd'hui aux contractuels peut ainsi être un facteur de moindre attractivité d'un emploi public pour des personnels ayant la possibilité de le mettre en balance avec un recrutement par une entreprise privée.

Dans la FPE, l'amélioration de la couverture prévoyance des agents justifie également de permettre aux agents protégés par le contrat collectif de leur conjoint en complémentaire santé de souscrire à une offre référencée seulement pour les garanties de prévoyance, avec les conditions de majorations tarifaires s'appliquant aux adhésions tardives. Les organismes complémentaires pourraient avoir avantage à une telle possibilité qui augmenterait le taux de mutualisation des risques. Cette évolution pourrait être engagée avant 2024.

En outre, dans le cas où des financements supplémentaires seraient dégagés (cf. 3.1.1.3), un dispositif spécifique de participation de l'employeur pourrait être mis en œuvre de manière transitoire jusqu'en 2024. Cette participation pourrait être envisagée, dès lors qu'elle porterait sur des garanties référencées ou des garanties comparables, selon des conditions à définir par décret (sans âge limite d'adhésion ni tarification selon le risque, sous les mêmes réserves que dans le cadre du référencement).

[153] L'effort supplémentaire réalisé par l'employeur publics peut représenter un montant moins élevé que les cotisations des adhérents à une prévoyance complémentaire, majorées des coûts de gestion des organismes.

3.2. Dans la FPT, la mission recommande d'améliorer les conditions de mise en œuvre de la labellisation et d'ouvrir dès 2020 aux collectivités volontaires la possibilité de mettre en place des contrats collectifs à adhésion obligatoire

3.2.1. Renforcer les exigences associées à la procédure de labellisation

La mission recommande de renforcer, à travers une modification du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011[154], les exigences liées à l'obtention du label ouvrant droit à une participation financière des employeurs territoriaux.

Le cahier des charges de la labellisation pourrait être resserré, en prévoyant par exemple un socle minimal de prise en charge des risques en matière de santé et, surtout, de prévoyance. Le renforcement de la coordination entre protection statutaire et prévoyance complémentaire relève nécessairement du décret dont les dispositions sont sommaires en ce qui concerne les garanties de prévoyance (la seule obligation étant de couvrir l'incapacité temporaire ; cette lacune concerne également les conventions de participation). ***A minima*, l'encadrement des offres labellisées devrait être identique à celui des offres sélectionnées dans le cadre des conventions de participation, tel que défini par l'article 31 du décret de 2011.**

Une telle évolution, qui doit être assortie d'une amélioration des informations fournies aux agents sur les contrats labellisés à partir d'un travail à mener par la DGCL sur la liste des contrats mise en ligne (ajout d'un lien vers une présentation standardisée des tarifs et des garanties, par exemple), améliorerait à la fois la lisibilité de ce dispositif et l'adéquation de la couverture proposée par rapport aux besoins des agents territoriaux.

3.2.2. Ouvrir aux collectivités volontaires la possibilité de mettre en place des contrats collectifs à adhésion obligatoire

Dans la FPT, sachant que la durée d'engagement en matière de PSC, parmi les employeurs qui ont fait le choix de la financer à travers un conventionnement et/ou la labellisation, varie selon les collectivités, la mission préconise d'ouvrir dès 2020, soit une fois entrées en vigueur les mesures qui pourraient être insérées dans l'ordonnance prévue par le projet de loi relatif à la transformation de la fonction publique, la possibilité pour celles d'entre elles qui seraient volontaires de négocier des contrats collectifs à adhésion obligatoire en santé et/ou prévoyance ;la portabilité des contrats sera un élément important de la réflexion à mener par la DGCL. **La mise en œuvre de ce levier suppose de modifier l'article 88-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la FPT**

[154] Article 12 en particulier.

3.3. Au terme du deuxième référencement, trois scénarios d'évolution sont envisageables dans la FPE

3.3.1. Scénario 1 : approfondir le système de référencement sur le modèle des contrats de groupe qui existent dans le secteur privé et améliorer la complémentarité entre les garanties prévoyance et le statut

3.3.1.1. Supprimer la possibilité de référencer plusieurs organismes sur un même périmètre et favoriser les regroupements

Dans la perspective où il serait choisi de conserver, à l'issue du deuxième référencement, un dispositif proche reposant sur la sélection d'un organisme complémentaire répondant à un cahier des charges par employeur ou ensemble d'employeurs, **la mission recommande de privilégier un monoréférencement.**

En effet, l'expérience du deuxième référencement montre que l'ouverture à la concurrence au moment de l'appel d'offres suffit à exercer une pression sur les « tenants » à même de favoriser l'obtention de meilleurs rapports garanties/prix.

Ainsi, sous réserve que le seul opérateur retenu soit apte à assurer la totalité de la population éligible, la mission recommande de privilégier la sélection d'un seul opérateur – ou d'un regroupement d'opérateurs dans le cadre d'une coassurance - à l'issue d'un appel public à concurrence. Le décret du 19 septembre 2017 et ses arrêtés pourraient être révisés en ce sens.

3.3.1.2. Ouvrir la possibilité aux ministères, comme aux collectivités territoriales[155], de mettre en place des contrats de groupe à adhésion obligatoire

Cette mesure, qui pourrait représenter une alternative par rapport à un référencement classique permettrait d'étendre le périmètre de la mutualisation et de lutter contre les effets d'anti-sélection liés au caractère facultatif de la PSC dans la fonction publique. Elle contribuerait également à une tarification plus juste des garanties proposées, particulièrement en prévoyance, et ainsi préviendrait les situations de sous-tarification puis les augmentations tarifaires subséquentes observées en particulier dans la fonction publique territoriale en matière de prévoyance.

Sa mise en œuvre suppose une modification de la loi en utilisant l'ordonnance prévue par le projet de loi relatif à la transformation de la fonction publique. Pour les collectivités territoriales comme pour les ministères, il s'agirait d'une possibilité, et en aucun cas d'une obligation, dont la pertinence serait à apprécier au cas par cas en fonction des besoins des agents (ex : part des agents couverts par la complémentaire de leur conjoint, part des agents déjà couverts par une complémentaire référencée…) et du niveau de participation financière de l'employeur, dont le niveau doit être suffisamment élevé pour justifier une obligation d'adhésion.

[155] Cette possibilité pourrait également être ouverte aux établissements employant des agents de la fonction publique hospitalière.

La mise en place d'un tel dispositif obligatoire ne peut s'envisager sans une négociation entre employeurs et organisations syndicales sur les niveaux de garanties, les taux de cotisation en résultant et le niveau de la participation de l'employeur, ce qui suppose de faire évoluer le cadre du dialogue social dans la fonction publique pour autoriser la conclusion d'accords sur ce thème. Il conviendrait également d'étendre explicitement aux contributions à ces régimes le statut fiscal et social des contributions obligatoires tant des employeurs du secteur privé que des salariés à des régimes de prévoyance[156].

3.3.1.3. Améliorer l'articulation entre les garanties prévoyance et les dispositions statutaires ou les contrats de travail

Indépendamment d'une amélioration des garanties statutaires, l'intérêt de la prévoyance complémentaire suppose une bonne coordination entre les prestations qu'elle offre et ces garanties. Or l'examen des offres référencées a montré que la bonne articulation entre les deux niveaux de protection dépend fortement des conditions définies librement par chaque organisme complémentaire, en l'absence d'encadrement par les cahiers des charges. Cette situation génère une incertitude pour les agents sur la coordination des décisions de leur employeur et de leur assureur. **Il est donc prioritaire que les employeurs publics encadrent plus précisément dans les cahiers des charges des conventions de référencement les conditions d'attribution et de services des prestations complémentaires**, par exemple :

- en limitant les motifs d'exclusion des garanties aux situations de force majeure ou d'exposition délibérée des adhérents à des risques excessifs ;
- en définissant les faits générateurs ouvrant le droit aux prestations et ceux mettant un terme à leur versement ;
- en posant le principe d'une application par l'organisme assureur des avis et/ou décisions des instances médicales et des décisions des employeurs les mettant en œuvre et en prévoyant une procédure de recours et d'arbitrage en cas de contestation par l'organisme, la suspension éventuelle de la prestation ne pouvant intervenir qu'à l'issue de cette procédure.

Certaines de ces règles de portée générale pourraient d'ailleurs trouver place dans les décrets régissant les conventions de référencement et de participation.

Enfin, le renforcement de l'articulation entre garanties statutaires et complémentaires suppose aussi de prioriser dans les cahiers des charges et l'information des agents les garanties les plus utiles aux agents, c'est-à-dire celles qui visent à couvrir la **perte durable de ressources occasionnée par l'incapacité temporaire ou l'invalidité.** Pour cette dernière, le versement d'une rente est préférable à celui d'un capital[157].

[156] Prévu au b) du 4° du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et au 1° quater de l'article 83 du code général des impôts qui englobent la complémentaire santé dans le terme « prévoyance ».

[157] Le choix d'une rente viagère, qui couvrirait le mieux le besoin créé par la perception d'une pension de retraitée minorée, apparaît e revanche difficilement accessible.

3.3.2. Scénario 2 : élargir la palette des dispositifs accessibles à l'ensemble des employeurs publics pour financer la PSC en autorisant le financement par les employeurs de couvertures complémentaires conformes à un cahier des charges

Ce scénario vise, sans remettre en cause la possibilité d'un référencement classique, ou même d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, sous la forme du scénario 1, à **ouvrir également la possibilité aux employeurs de la FPE, comme l'alternative existe dans la FPT, de participer financièrement à des offres respectant un cahier des charges commun à la FPE.**

Pour tirer les conséquences des inconvénients du système de labellisation existant dans la FPT, la mission recommande de :

- limiter le nombre d'organismes complémentaires labellisés (par exemple au nombre d'organismes actuellement référencés) ;
- renforcer les exigences liées à la sélection, sur la base du respect d'un cahier des charges plus étoffé que celui imposé aujourd'hui aux organismes labellisés, des organismes pouvant proposer des contrats ou règlements ouvrant droit à la participation financière des employeurs ;
- renforcer les exigences, inexistantes dans la FPT, liées au suivi du nombre et des caractéristiques des adhérents aux contrats bénéficiant de la participation financière des ministères, pour assurer la mise en œuvre effective des principes de solidarité et éviter la sélection des risques.

Par rapport au scénario 1, l'ajout de la possibilité pour les employeurs de financer des offres labellisées est cohérent avec la volonté de favoriser la mobilité entre ministères et fonctions publiques sans nécessité de changer de complémentaire. Il permet aussi d'élargir l'échelle de mutualisation, comme ce serait le cas si les ministères s'accordaient pour référencer conjointement les mêmes organismes. En revanche, contrairement au scénario 1, il peut induire une augmentation des frais d'acquisition et une segmentation des adhérents par type d'offre labellisée. Il rend en particulier nécessaire un mécanisme de péréquation permettant d'en équilibrer la répartition entre les différents organismes.

3.3.3. Scénario 3 : supprimer la spécificité du dispositif de PSC dans la fonction publique pour la couverture santé, le cas échéant dans le cadre d'une réforme plus systémique des contrats responsables

Dans le cadre de la discussion préalable qui doit avoir lieu sur les objectifs assignables à la PSC, la mission juge utile de formuler un scénario qui reposerait la question de la pertinence d'un dispositif spécifique à la fonction publique.

Ainsi, si seul l'objectif de diminution du coût d'accès à une couverture complémentaire devait être retenu, sous réserve d'une modification de la loi, **rien n'empêcherait les employeurs, dans une stricte logique d'action sociale, de verser une participation financière à leurs agents, le cas échéant sur la base de critères favorisant un ciblage, et ce quelle que soit la couverture santé souscrite par ces derniers dans le cadre d'un contrat responsable, et donc indépendamment de l'existence de transferts de solidarité.**

Inversement, **il pourrait aussi être imaginé, sans préjudice d'orientations spécifiques à la fonction publique en matière de prévoyance, que l'objectif de solidarité entre actifs et retraités pour le risque maladie, en droit propre aux seules mutuelles référencées par la fonction publique, devienne une condition commune à l'ensemble des contrats solidaires et responsables**, ce qui suppose une modification législative. En pratique, les OC en dehors du champ des mutuelles de la fonction publique pratiquent déjà une certaine solidarité tarifaire entre actifs et retraités mais dans des proportions moindres par rapport aux garanties référencées[158].

Une telle évolution, qui déborde le cadre de la mission et qu'il conviendrait d'approfondir, serait cohérente avec le fait que la consommation de soins augmente fortement après l'âge de la retraite, le vieillissement de la population devant en accroître l'enjeu, au-delà des seules spécificités démographiques de la fonction publique. Pour autant, il n'existe, contrairement aux dispositions prévues par l'ANI de 2013 pour les seuls actifs, aucune obligation de prise en charge par les anciens employeurs ou par la collectivité de l'augmentation e pratiquée par les organismes complémentaires, ce qui peut engendrer des difficultés pour les faibles niveaux de pension[159].

Une telle orientation doit être cohérente avec les perspectives d'évolution respectives des revenus des actifs et des retraités. Il est donc indispensable de resituer la PSC dans la fonction publique, et les objectifs qu'elle poursuit, dans un cadre plus large qui pourrait connaître dans les années à venir des évolutions susceptibles de remettre en cause la spécificité de ce dispositif.

[158] Cf. supra 1.1.3.1 - Selon la DREES, le rapport moyen entre les tarifs à 75 ans et à 20 ans variant de 2,6 pour les mutuelles à 3,4 pour les sociétés d'assurance.

[159] Les retraités peuvent bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (ACS) mais le plafond appliqué (12 084 € pur une personne seule en France métropolitaine et 18 126 € pour un couple) réserve cette aide aux retraités percevant les montants de pensions les plus faibles.

Tableau 14 : Récapitulatif des mesures recommandées par la mission dans le champ de la FPE

Mesures/scénarios	Textes à modifier	Avantages	Inconvénients
Avant la fin du deuxième référencement			
Favoriser la bascule des adhérents vers les garanties nouvellement référencées	Conventions de référencement	▪ Permet d'accroître les transferts de solidarité ▪ Permet la participation financière des ministères	▪ Suppose, le cas échéant, de renégocier avec les OC
Augmenter le niveau de participation financière des ministères	Conventions de référencement	▪ Permet, en fonction du niveau d'augmentation, d'afficher un montant significatif par agent ▪ Permet de compenser une part supérieure des transferts de solidarité	▪ Coût budgétaire situé entre 60 M et 1,3 Md€ selon l'option choisie
Individualiser le versement de l'aide de l'employeur et/ou la cibler sur la prévoyance (éventuellement par un dispositif de financement distinct de celui du décret de 2007) et/ou certaines catégories d'agents	Décret du 19 septembre 2007 et conventions de référencement	▪ Améliore la lisibilité de la participation de l'employeur	▪ Mesure incompatible avec une enveloppe financière réduite, sauf ciblage
Améliorer les garanties statutaires en cas d'incapacité de travail, en priorité au bénéfice des contractuels Ouvrir la possibilité de souscrire seulement à une couverture prévoyance	Décret du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'État Décret du 19 septembre 2007	▪ Améliore l'équité de traitement entre contractuels et titulaires ▪ Améliore le niveau et l'étendue de la couverture en prévoyance	▪ Coût budgétaire lié à l'alignement des règles applicables aux contractuels sur celles des titulaires ▪ Suppose d'obtenir l'accord des OC référencés, sauf dispositif de financement distinct
Prévoir une participation supplémentaire de l'employeur à la couverture prévoyance, via un mécanisme spécifique transitoire	Décret du 19 septembre 2007	▪ Améliore l'étendue de la couverture en prévoyance	▪ Coût budgétaire en fonction du niveau de participation retenu

Mesures/scénarios	Textes à modifier	Avantages	Inconvénients
À l'issue du deuxième référencement			
Scénario 1 : approfondir le système de référencement sur le modèle des contrats de groupe qui existent dans le secteur privé et améliorer la cohérence entre les garanties prévoyance et le statut	-	▪ Meilleure imbrication entre GRH et PSC grâce au partenariat avec un seul OC ▪ Pas de segmentation des adhérents entre OC	▪ Moins de choix pour les agents ▪ Obligation de changer d'OC si changement d'employeur
Améliorer l'articulation entre les garanties statutaires et les garanties de prévoyance en encadrant les conditions d'attribution des prestations	Cahier des charges des appels d'offres et conventions de référencement Le cas échéant, décret du 19 septembre 2007	▪ Amélioration de la protection des agents	▪ Risque de hausses tarifaires
Supprimer la possibilité de référencer plusieurs organismes sur un même périmètre et favoriser les regroupements	-	▪ Meilleure imbrication entre GRH et PSC grâce au partenariat avec un seul OC ▪ Pas de segmentation des adhérents entre OC	-
Ouvrir la possibilité aux ministères, comme aux collectivités territoriales, de mettre en place des contrats de groupe à adhésion obligatoire	-	▪ Pas d'anti-sélection donc possibilité de baisses tarifaires	▪ Suppose une participation financière suffisante de l'employeur
Scénario 2 : élargir la palette des dispositifs accessibles à l'ensemble des employeurs publics pour financer la PSC en autorisant le financement par les employeurs de couvertures complémentaires conformes à un cahier des charges et garantissant l'absence de sélection des risques, notamment par un mécanisme de péréquation	-	▪ Plus de flexibilité pour les employeurs ▪ Échelle de mutualisation des risques élargie ▪ Pas besoin de changer d'OC en cas de mobilité si l'employeur participe à toute offre labellisée	▪ Risque de segmentation des adhérents ▪ Moindre lisibilité du point de vue des agents

Mesures/scénarios	Textes à modifier	Avantages	Inconvénients
Scénario 3 : supprimer la spécificité du dispositif de PSC dans la fonction publique pour la couverture santé, le cas échéant dans le cadre d'une réforme des contrats responsables imposant des transferts de solidarité au bénéfice des familles et des retraités	-	▪ Alignement public/privé du point de vue du cahier des charges des contrats responsables	▪ Risque de hausses tarifaires pour les adhérents contributeurs à la solidarité, notamment les jeunes actifs ▪ Plus ou moins de solidarité actifs/retraités selon l'option choisie

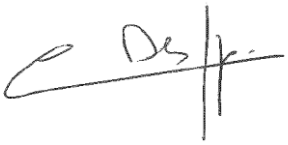
Source : Mission.

À Paris le 14 juin 2019

L'inspectrice des finances

Irina SCHAPIRA

L'inspectrice générale de l'administration

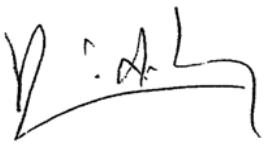


Corinne DESFORGES

L'inspecteur général des affaires sociales

Laurent GRATIEUX

Sous la supervision de l'inspecteur général des finances



Vincent LIDSKY

L'inspecteur général des affaires sociales

Franck le MORVAN

L'inspectrice des affaires sociales

Delphine CHAUMEL

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : LETTRE DE MISSION

ANNEXE II : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

ANNEXE III : TEXTES LÉGISLATIFS ET RÈGLEMENTAIRES COMMENTÉS

ANNEXE IV : STRATÉGIE DES EMPLOYEURS PUBLICS EN MATIÈRE DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

ANNEXE V : PARTICIPATION FINANCIÈRE DES EMPLOYEURS PUBLICS À LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE DE LEURS AGENTS

ANNEXE VI : POPULATION COUVERTE PAR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES RÉFÉRENCÉS
(Annexe non communicable au sens de l'article L 311-6 du code des relations entre le public et l'administration)

ANNEXE VII : COMPARAISON DES NIVEAUX DE COUVERTURE EN PRÉVOYANCE DANS LES OFFRES RÉFÉRENCÉES EN 2017-2018

ANNEXE VIII : ANALYSE DES NIVEAUX DE COUVERTURE SANTÉ DES AGENTS PUBLICS

ANNEXE IX : SUPPORT DE RESTITUTION

ANNEXE I

Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DES SOLIDARITES
ET DE LA SANTÉ
LE DIRECTEUR DE CABINET

MINISTERE DE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS
LE DIRECTEUR DE CABINET

MINISTERE DE LA COHESION DES
TERRITOIRES ET DES RELATIONS AVEC LES
COLLECTIVITES TERRITORIALES
LE DIRECTEUR DE CABINET

SECRETARIAT D'ETAT AUPRES DU MINISTRE
DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS
LE DIRECTEUR DE CABINET

Paris, le 21 DEC. 2018

à

Madame la cheffe de l'inspection générale des finances

Monsieur le chef de l'inspection générale de l'administration

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales,

Suite aux échanges entre les cabinets ministériels et vos représentants afin de mener la mission conjointe sur la protection sociale complémentaire (PSC) selon les orientations telles que définies par la lettre de mission du 9 février 2018, les précisions suivantes vous sont apportées.

D'une part, il vous appartiendra d'établir un état des lieux de la couverture de la PSC des agents publics dans la fonction publique hospitalière (FPH). La mission s'attachera à traiter les thèmes suivants :

- *Sur les bénéficiaires,* vous recueillerez les données relatives au nombre d'agents publics de la FPH, quel que soit leur statut, couverts par un dispositif de PSC en qualité d'assuré principal ou d'ayant droit, d'actifs ou de retraités.
  Vous apprécierez plus particulièrement les conséquences éventuelles de la loi de sécurisation de l'emploi sur la couverture de ces agents publics.

- *Sur le coût et la qualité de la couverture de la PSC des agents de la FPH,* votre étude portera sur la couverture « santé » et sur la couverture « prévoyance » de ces agents. S'agissant de la prévoyance (*i.e.* la couverture des risques tels que l'incapacité de travail, l'invalidité et le décès), vous porterez un examen attentif à l'adéquation des prestations offertes dans les contrats avec les garanties dites « statutaires » propres aux agents publics, dont les dispositions de l'article 44 de la loi du 9 janvier 1986. Vous établirez également un état comparatif des coûts des contrats de PSC pour les agents de la FPH ainsi que les modalités de leurs financements. Vous évaluerez enfin l'opportunité de la mise en œuvre d'un dispositif de participation au financement de la PSC dans la FPH.

D'autre part, il vous est demandé d'établir des fiches thématiques portant sur l'état des lieux et l'analyse de la couverture de la PSC des agents publics. Dans le cadre de ces fiches, vous serez amenés à formuler des propositions d'évolutions opérationnelles et graduées des dispositifs actuels et de nouveaux dispositifs en proposant plusieurs *scenarii* de montée en charge financière, avec l'identification d'un socle minimal de garanties et l'examen de la possible différenciation de prise en charge selon les publics concernés. Ces fiches porteront sur les points suivants :

- *L'efficience des dispositifs juridiques existants et les conditions d'émergence de nouveaux modèles.*

  Vous réaliserez une fiche portant sur les dispositifs juridiques existants en matière de PSC en analysant leurs conséquences tant en terme de sélection des organismes de protection sociale que de pilotage et de suivi par les employeurs publics.

  Par ailleurs, vous expertiserez la faisabilité de la mise en place de nouveaux mécanismes pouvant se substituer aux dispositifs juridiques actuels et compatibles tant avec le principe d'égalité qu'avec les principes européens de la concurrence.

- *La bonne allocation des moyens financiers consacrés à la participation financière des employeurs publics.*

  Vous réaliserez une fiche relative aux modalités de calcul et de versement de la participation financière de l'employeur public applicables dans les divers dispositifs de PSC existants dans la fonction publique afin d'en apprécier l'efficacité pour les agents, les employeurs et les organismes de PSC.

  Vous expertiserez également l'opportunité et la faisabilité de nouvelles règles de calcul et de versement de la participation financière afin d'en garantir l'efficacité et l'équité. À cette occasion, vous apprécierez les effets comparés de l'instauration d'une participation financière obligatoire ainsi que d'un versement direct ou indirect à l'agent.

  Enfin, vous déterminerez la compatibilité de ces pistes ainsi que d'une éventuelle différenciation du niveau de la participation financière selon des critères objectifs, avec le principe d'égalité et les règles européennes relatives aux aides d'État.

- *L'appréciation qualitative des risques couverts.*

  Vous réaliserez une fiche prospective relative à l'identification des risques couverts et des risques actuellement non pris en charge : par exemple, l'incapacité de travail de courte durée ou la dépendance.

  Vous porterez un examen attentif à l'adéquation des prestations « prévoyance » offertes dans les contrats sélectionnés avec les garanties dites « statutaires » propres aux agents publics et les garanties du régime de protection sociale des agents contractuels.

La mission bénéficiera du concours de la direction générale de l'administration et de la fonction publique, de la direction générale des collectivités locales et de la direction générale de l'offre de soins. Elle se rapprochera de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, de la direction de la sécurité sociale, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, de la direction générale du Trésor et de la direction générale des finances publiques ainsi que de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Elle rencontrera l'ensemble des organisations syndicales représentatives de la fonction publique. Elle pourra également interroger les organismes de PSC, les organismes délivrant les labels, les différentes associations de gestion de l'action sociale dans la FPH, ainsi que les employeurs publics.

La proposition, faite par vos représentants lors de la réunion du 4 septembre, consistant à offrir un appui technique à la DGAFP, a retenu toute notre attention et sa traduction concrète consistera à appuyer la DGAFP dans les travaux de recueils des éléments de constat sur la mise en œuvre du référencement par les ministères qu'elle conduira en lien avec la DSS au sein d'un groupe de travail interministériel et dans la concertation qui sera menée par elle avec les représentants des personnels et des employeurs publics sur les propositions d'évolution des dispositifs de PSC que vous aurez formulées.

Aussi, nous souhaitons que les fiches comportant ces propositions puissent nous être remises au plus tard dans les trois mois suivant l'établissement de la présente lettre de mission.

Le rapport relatif à l'état des lieux de la couverture de la PSC des agents publics dans la FPH est attendu pour la fin avril 2019.

Ministère des solidarités et de la santé

Raymond LE MOIGN

Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales

Philippe COURT

Ministère de l'action et des comptes publics

Jérôme FOURNEL

Secretariat d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics

Alain TRIOLLE

ANNEXE II

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. CABINETS 1

1.1. Cabinet du ministre de l'action et des comptes publics 1
1.2. Cabinet du secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics 1
1.3. Cabinet de la ministre des solidarités et de la santé 1

2. MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS 1

2.1. Direction générale de l'administration et de la fonction publique 1
2.2. Direction du budget 1
2.3. Direction générale des finances publiques 1
2.4. Service des retraites de l'État 1

3. MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES 2

3.1. Direction générale du trésor 2

4. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ 2

4.1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2
4.2. Direction de la sécurité sociale 2
4.3. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2

5. MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES ET DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES 2

5.1. Direction générale des collectivités locales 2

6. INSTITUT DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ 3

7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉSOLUTION 3

8. COMITÉ CONSULTATIF DU SECTEUR FINANCIER 3

9. DIRECTIONS DES RESSOURCES HUMAINES DES MINISTÈRES 3

9.1. Ministères économiques et financiers 3
9.2. Ministère de l'éducation nationale 3
9.3. Ministère de l'intérieur 3
9.4. Ministère de l'Europe et des affaires étrangères 3
9.5. Ministères sociaux 4
9.6. Ministère de l'agriculture et de l'alimentation 4
9.7. Ministère de la justice 4
9.8. Ministère de la défense 4
9.9. Ministère de la transition écologique et solidaire – ministère de la cohésion des territoires 4
9.10.. Ministère de la culture 4

10. FÉDÉRATIONS PROFESSIONNELLES 5

10.1.. Mutualité fonction publique 5
10.2.. Mutualité française 5
10.3.. Fédération française des sociétés d'assurance 5
10.4.. Centre technique des institutions de prévoyance 5

11. ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES 5

11.1.. Intériale 5
11.2.. Mutuelle des affaires étrangères et européennes 5
11.3.. Mutuelle générale des affaires sociales 6
11.4.. Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie 6
11.5.. Mutuelle générale de l'éducation nationale 6
11.6.. Mutuelle civile de la défense 6
11.7.. Unéo 6
11.8.. Mutuelle centrale des finances 6
11.9.. Mutuelle nationale territoriale 7
11.10. Harmonie fonction publique 7
11.11. CNP Assurances 7
11.12. Groupama 7
11.13. AG2R La Mondiale 7
11.14. Santéclair 7

12. CABINETS D'ACTUARIAT 7

13. COLLECTIVITÉS TERRITORIALES 8

13.1.. Associations représentantes des collectivités territoriales et de leurs établissements 8
13.1.1. Association nationale des DRH 8
13.1.2. Association des maires de France 8
13.1.3. Assemblée des Départements de France 8
13.1.4. Régions de France 8
13.2.. Conseil supérieur de la fonction publique territoriale 8
13.3.. Centres de gestion 9
13.3.1. Centre interdépartemental de gestion de la grande couronne en Île-de-France 9
13.3.2. Fédération nationale des centres de gestion 9
13.4.. Autres collectivités 9

14. ORGANISATIONS SYNDICALES 9

14.1.. Confédération générale du travail 9
14.2.. Confédération française démocratique du travail 9
14.3.. Force ouvrière 9
14.4.. Union nationale des syndicats autonomes 10

14.5.. Fédération syndicale unitaire 10
14.6.. Union syndicale Solidaires 10
14.7.. Fédération autonome de la fonction publique 10
14.8.. Confédération générale des cadres 10
14.9.. Confédération française des travailleurs chrétiens 10

15. PERSONNALITÉS QUALIFIÉES 10

Annexe II

1. Cabinets

1.1. Cabinet du ministre de l'action et des comptes publics

- M. Alexandre Brugère, conseiller fonction publique

1.2. Cabinet du secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics

- Mme Caroline Krykwinski, directrice adjointe du cabinet

1.3. Cabinet de la ministre des solidarités et de la santé

- M. Raymond Le Moign, directeur du cabinet

2. Ministère de l'action et des comptes publics

2.1. Direction générale de l'administration et de la fonction publique

- M. Thierry Le Goff, directeur général
- M. Pierre Cand, directeur de cabinet
- Mme Élodie Fourcade, sous-directrice des politiques sociales et de la qualité de vie au travail
- M. Emmanuel Savarin, chef du bureau de la protection sociale et des retraités
- M. Julien Combot, adjoint au chef du bureau
- Mme Alexandra Duris, chargée de mission

2.2. Direction du budget

- M. Benoît Laroche de Roussane, sous-directeur (2ème sous-direction)
- M. Stéphane Valois, chef du bureau 2 BPSS (politique salariale et synthèse statutaire)

2.3. Direction générale des finances publiques

- M. Charles Simonnet, chef du bureau CE-2A « dépenses de l'État, rémunérations et recettes non fiscales »
- M. Gérard Kiavue, adjoint au chef de pôle, bureau CE-2A
- M. Fabrice Firtion, bureau CE-2A

2.4. Service des retraites de l'État

- M. Philippe Garo, chef du bureau SRE2C

3. Ministère de l'économie et des finances

3.1. Direction générale du trésor

- M. Romain Chambre, chef du bureau ASSUR 1 « marchés et produits de l'assurance »
- M. Pierre de Romanet, adjoint au chef du bureau ASSUR 1

4. Ministère des solidarités et de la santé

4.1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Mme Mathilde Gaini, adjointe à la sous-directrice « observation de la santé et de l'assurance maladie » (OSAM)
- Mme Catherine Pollak, chef du bureau « assurance maladie et études sur les dépenses de santé »M. Jean-Cyprien Héam, chef du bureau d'analyse des comptes sociaux
- Mme Raphaële Adjerad, adjointe au chef du bureau

4.2. Direction de la sécurité sociale

- M. Jean-Luc Matt, sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire
- Mme Sarah Sauneron, chef du bureau « accès aux soins et prestations de santé », sous-direction accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail
- Mme Marie Marcel, adjointe au chef du bureau « régimes professionnels de retraite et institutions de protection complémentaire »
- Mme Virginie Doublet, chargée de mission, bureau des régimes professionnels de retraite et des institutions de protection sociale complémentaire

4.3. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

- Mme Anne-Marie Brocas, présidente

5. Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales

5.1. Direction générale des collectivités locales

- M. Bruno Delsol, directeur général
- M. Christophe Bernard, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale
- Mme Emmanuelle Richard, chargée d'études juridiques

6. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

- M. Denis Raynaud, directeur
- M. Marc Perronnin, maître de recherche
- Mme Aurélie Pierre, chargée de recherche
- M. Thierry Rocherau, maître de recherche

7. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

- M. Patrick Montagner, premier secrétaire général adjoint
- M. Sébastien Housseau, chef de Brigade
- Mme Lucie Audran, adjointe au chef du service des organismes d'assurance

8. Comité consultatif du secteur financier

- Mme Corinne Dromer, présidente
- M. Jean-Marc Lherm, secrétaire général adjoint

9. Directions des ressources humaines des ministères

9.1. Ministères économiques et financiers

- M. Marc Estournet, sous-directeur en charge des politiques sociales et des conditions de travail (SRH3)
- M. Axel Vandamme, chef du bureau des politiques sociales
- M. Romain Richet, chargé de mission

9.2. Ministère de l'éducation nationale

- M. Thierry Delanoë, sous-directeur DGRH – C1

9.3. Ministère de l'intérieur

- M. Stanislas Bourron, directeur des ressources humaines
- M. Simon Babre, adjoint au directeur

9.4. Ministère de l'Europe et des affaires étrangères

- M. Gilles Garachon, directeur des ressources humaines
- Mme Valérie Pipelier, déléguée pour la politique sociale
- M. Cédric Manuel, sous-directeur de la politique des ressources humaines
- M. Guillaume Habert, adjoint au sous-directeur
- M. Denis Quenelle, chef du bureau des retraites, des accidents du travail et des maladies statutaires

9.5. Ministères sociaux

- M. David Herlicoviez, sous-directeur de la qualité de vie au travail
- Mme Nadia Sedraoui, cheffe du bureau de l'action sociale

9.6. Ministère de l'agriculture et de l'alimentation

- Mme Stéphanie Frugère, sous-directrice du développement professionnel et des relations sociales
- M. Jean-Pascal Fayolle, chef du service des ressources humaines
- Mme Marie-Claire Hamon, cheffe du bureau de l'action sanitaire et sociale

9.7. Ministère de la justice

- Mme Myriam Bernard, chef du service des ressources humaines
- Mme Sophie Reynes, sous-directrice des statuts, du dialogue social et de la qualité de vie au travail
- Mme Catherine Deshors, cheffe du bureau de l'action sociale
- Mme Géraldine Gourbin, chargée d'études

9.8. Ministère de la défense

- M. Philippe Hello, directeur des ressources humaines
- M. Jean-Noël Clady, sous-directeur de l'action sociale
- M. André Berlingard, responsable des actions sociales complémentaires-mutuelles

9.9. Ministère de la transition écologique et solidaire – ministère de la cohésion des territoires

- Mme Isabelle Palud-Gouesclou, sous-directrice des politiques sociales, de la prévention et des pensions
- Mme Anne Ansom, cheffe du service développement professionnel et des conditions de travail
- M. François Lepage, adjoint à la sous-directrice
- M. Raphaël Dufau, chef de bureau PSPP2
- Mme Marie-Claire Dissler, secrétaire générale, DGAC
- M. Sylvain Demaret, adjoint à la sous-directrice, DGAC
- Mme Odile Chérel, directrice de cabinet de la secrétaire générale, DGAC
- Mme Maud Bohuon, chargée de mission au bureau de l'action sociale, DGAC
- Mme Corinne de la Personne, directrice des ressources humaines de VNF
- Mme Corinne Przymenski, responsable du pôle action et affaires sociales à VNF

9.10. Ministère de la culture

- M. Roland Breton, chef du bureau de l'action sociale

10. Fédérations professionnelles

10.1. Mutualité fonction publique

- M. Serge Brichet, délégué général
- Mme Laurence Tribillac, directrice influence et métiers
- M. Didier Quercioli, secrétaire général
- Mme Dominique Combe, trésorière générale
- Mme Angéline Séguy, responsable du pôle influence et veille

10.2. Mutualité française

- M. Albert Lautman, directeur général
- Mme Marianne Bye, responsable de département

10.3. Fédération française des sociétés d'assurance

- M. Arnaud Chneiweiss, délégué général
- Mme Véronique Cazals, directrice du pôle assurances de personnes, directrice santé
- Mme Marie Goerant, chargée d'études juridique
- M. Christian Rotureau, Axa

10.4. Centre technique des institutions de prévoyance

- M. Jean-Paul Lacam, délégué général
- M. José Sanchez, responsable technique et financier

11. Organismes complémentaires

11.1. Intériale

- M. Gilles Bachelier, président
- M. Nicolas Sarkadi, directeur général
- M. Laurent Michel, directeur des relations extérieures
- Mme Céline Thiebault, directrice de la communication du président
- M. Rémi Corbat, directeur des affaires générales

11.2. Mutuelle des affaires étrangères et européennes

- M. Louis Dominici, président
- M. Mohamed Zaït, directeur central

11.3. Mutuelle générale des affaires sociales

- M. Yann Georges, directeur général adjoint
- M. Erwan Trividic, directeur des partenariats et des relations extérieures de la société hospitalière d'assurance mutuelle (SHAM)

11.4. Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie

- M. Serge Brichet, président
- M. Christian Pasquetti, directeur général

11.5. Mutuelle générale de l'éducation nationale

- M. Roland Berthilier, président
- Mme Alexandrine de Vallois, directrice groupe développement et marketing
- M. Anthony Aly, conseiller du président

11.6. Mutuelle civile de la défense

- M. David Ollivier Lannuzel, président
- M. Yannick Cimetière, directeur de mission,
- M. Benjamin Laurent, directeur de l'Offre du groupe Klésia
- M. Olivier Noël, directeur général adjoint en charge de l'Offre et des Activités Institutionnelles, groupe Klésia

11.7. Unéo

- M. Jean-François Furet-Coste, président
- M. Quentin Bériot, directeur général
- Mme Marie Chabaud, directrice de cabinet
- M. Anton Camp, responsable des relations extérieures
- Mme Samah Sdiri, directrice juridique, conformité et ressources humaines

11.8. Mutuelle centrale des finances

- M. Jean Louis Bancel, président
- M. Marcel Lecaudey, vice-président
- M. Noël Renaudin, vice-président
- Mme Sylvette Laplanche, directrice générale

11.9. Mutuelle nationale territoriale

- M. Alain Gianazza, président
- M. Youri Tabet, direction de l'expertise territoriale et des relations institutionnelles
- M. Marc Bertolini, directeur général adjoint assurances produits et services
- M. Victor Vidilles, directeur général adjoint communication et affaires institutionnelles

11.10. Harmonie fonction publique

- Mme Patricia Fourcade, directrice générale
- M. Luc Delavergne, directeur du développement

11.11. CNP Assurances

- M. Yves Couturier, directeur général adjoint développement
- M. Eric Delamarre, responsable des collectivités locales
- Mme Laure Chatel, responsable des partenariats avec les institutions de prévoyance

11.12. Groupama

- M. Franck Offredi, directeur
- Mme Maïssetou Toure Coulibaly, responsable Métier Santé & Prévoyance

11.13. AG2R La Mondiale

- M. Philippe Dabat, directeur général délégué, distribution et produits assurance
- M. Serge Toniet, directeur des activités mutualistes
- M. Franck Delavigne, responsable adjoint

11.14. Santéclair

- Mme Marianne Binst, directrice générale

12. Cabinets d'actuariat

- M. Nicolas Le Quellec, Premium consulting , associé
- Mme Helena Niamke, Optmind, manager corporate risk services
- M. Arnaud Audiguier, Riskéo, directeur associé
- M. Jacques Marsant, Herdia, consultant

13. Collectivités territoriales

13.1. Associations représentantes des collectivités territoriales et de leurs établissements

13.1.1. Association nationale des DRH

- M. Johan Theuret, directeur général adjoint chargé du pôle ressources à Rennes métropole
- Mme Mathilde Icart, DRH de Lille
- M. Frédéric Jalier, DRH de Pantin

13.1.2. Association des maires de France

- M. Eric Verlhac, directeur
- Mme Stéphanie Colas, chargée d'études
- M. Didier Hostreit, chargé d'études

13.1.3. Assemblée des Départements de France

- M. Pierre Monzani, délégué général
- M. Jérôme Briend, conseiller au service juridique

13.1.4. Régions de France

- M. Frédéric Éon, chargé d'études
- Mme Karine André, DRH de la région Bretagne
- M. Jean-Louis Biard, DRH de la région Auvergne-Rhône-Alpes
- M. Laurent Imard, chargé de mission auprès de la direction générale de la région Grand Est
- Mme Isabelle Jallet, DRH de la région Nouvelle-Aquitaine
- M. Philippe Jarry, directeur de l'administration des ressources humaines de la région Normandie
- M. Vincent Lecomte, DRH de la région Pays-de-Loire
- M. Azfal Patel, DRH de la région Réunion
- Mme Magali Ralite, responsable du service modernisation - innovation – GPEEC de la région Grand Est
- Mme Adeline Ridet, adjoint à la DGA ressources humaines de la région Ile-de-France

13.2. Conseil supérieur de la fonction publique territoriale

- M. Jean-Robert Massimi, directeur général
- Mme Delphine Diloisy, chargée d'études auprès du président

13.3. Centres de gestion

13.3.1. Centre interdépartemental de gestion de la grande couronne en Île-de-France

- M. Jean-Laurent Nguyen-Khac, directeur général
- Mme Claude Soret-Virolle, directrice générale adjointe
- Mme Laëtitia Allut, directrice de département

13.3.2. Fédération nationale des centres de gestion

- M. Thierry Sénemaud, directeur
- M. Alexis Boucher, juriste

13.4. Autres collectivités

- Mme Marie-Ange Mats, DRH de Lyon
- Mme Bertillle Bluche, DRH de Tourcoing

14. Organisations syndicales

14.1. Confédération générale du travail

- M. Christophe Delecourt, Union fédérale des syndicats de l'État
- Mme Tedjinia-Teddy Louafia, fédération des services publics-FPT
- M. Patrick Bourdillon, représentant au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière
- M. Fabrice Bouquet, fédération nationale équipement-environnement
- M. Didier Louvet, secrétaire général de l'union fédérale des retraités des services publics

14.2. Confédération française démocratique du travail

- M. François Jaboeuf, secrétaire général adjoint de la CFDT Fonctions publiques
- M. Martial Crance, secrétaire général adjoint de la CFDT Fonctions publiques
- Mme Nadine Brucher, représentante de la CFDT à la CNRACL
- M. Cyrille Bellanger, Fédération santé-sociaux

14.3. Force ouvrière

- M. Christian Grolier, FGF-FO
- M. Thierry Iva, FGF-FO
- M. Luc Delrue, branche santé de la FSPS-FO
- M. Guy Charré, branche santé de la FSPS-FO
- M. Jacques Bride, branche territoriale de la FSPS-FO
- Mme Rachel Messousse, branche territoriale de la FSPS-FO

14.4. Union nationale des syndicats autonomes

- M. Luc Farré, secrétaire général Unsa fonction publique
- Mme. Claudine Rondeau, conseillère nationale Unsa fonction publique
- M. Joël Péhau, secrétaire national du syndicat des enseignants

14.5. Fédération syndicale unitaire

- M. Hervé Moreau, SNES-FSU
- M. Jean-Luc Pirenet

14.6. Union syndicale Solidaires

- Contribution écrite

14.7. Fédération autonome de la fonction publique

- M. Bruno Collignon, président de la FA-FP et de la FA-FPT
- Mme. Caroline Charruyer, vice-présidente de la FA-FPT
- M. Pascal Carretey, secrétaire général adjoint de la FA-FPH
- M. Amar Ammour, secrétaire général de la FA-FPE, secrétaire général adjoint de la FA-FP
- M. Pascal Kessler, secrétaire général de la FA-FPT

14.8. Confédération générale des cadres

- M. Loïc Fanouillère, vice-président de la Fédération des services publics
- Mme Rose Guichard, déléguée nationale suppléante au CIAS pour la CFE-CGC
- M. Michel Paillard, délégué national titulaire au CIAS pour la CFE-CGC
- M. Richard Dadouche, secrétaire national social, santé et sécurité au travail pour le syndicat SNAPATSI.

14.9. Confédération française des travailleurs chrétiens

- M. Guy François, secrétaire Général du SNASS-CFTC
- M. Jacques Vannet, fédération nationale des agents des collectivités territoriales

15. Personnalités qualifiées

- M. Jean-Michel Charpin, inspecteur général des finances honoraires
- M. Grégoire Tirot, inspecteur des finances

ANNEXE III

Textes législatifs et règlementaires commentés

SOMMAIRE

1. CONDITIONS GÉNÉRALES (BÉNÉFICIAIRES ET NATURE DES GARANTIES, CARACTÈRE FACULTATIF) 1

2. DÉSIGNATION DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES 9

2.1. Procédure de désignation 12

2.2. Durée de la désignation, modification et cessation anticipée, information des assurés 26

2.3. Participation financière de l'employeur 32

3. COTISATIONS ET GARANTIES 40

3.1. Santé (prestations en nature) 40

3.1.1. Solidarité intergénérationnelle – majorations pour adhésion tardive 41

3.1.2. Autres principes (absence de tarification selon l'état de santé, contenu des garanties, solidarité familiale) 52

3.2. Prévoyance (prestations en espèces) 56

Annexe III

États et établissements publics nationaux (FPE) – référencement (décret 2007-1373 sauf mention contraire)	**Militaires (FPM) – référencement (décret 2010-754 sauf mention contraire)**	**Collectivités territoriales et leurs établissements publics (FPT) – convention de participation (décret 2011-1474 sauf mention contraire)**	**Collectivités territoriales et leurs établissements publics (FPT) -dispositions spécifiques à la labellisation (décret 2011-1474 sauf mention contraire)**	**Observations**	**Recommandations**
1. Conditions générales (bénéficiaires et nature des garanties, caractère facultatif)					
Article 22 bis (loi 83-634) I. - Les personnes publiques mentionnées à l'article 2 [*État, régions, départements, communes et établissements publics*] peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent. II. - La participation des personnes publiques est réservée aux contrats ou règlements **garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité**	Article L4123-3 du code de la défense L'État et ses établissements peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les militaires qu'ils emploient souscrivent. Leur participation est réservée aux contrats ou règlements, **garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités.**	Article 88-2 (loi 84-53) I. - Sont éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics les contrats et règlements en matière de santé ou de prévoyance **remplissant la condition de solidarité prévue à l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983** précitée, attestée par la délivrance d'un label dans les conditions prévues à l'article L. 310-12-2 du code des assurances ou vérifiée dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue au II du présent article.	le I de l'article 88-2 de la loi de 1984 est commun aux conventions de participation et aux labels Article L. 310-2-2 du code des assurances L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut habiliter, sur leur demande, des prestataires chargés de labelliser les contrats ouverts à la souscription individuelle et les règlements éligibles à une participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics en application de l'article 88-2 de la loi n° 84-	Les conditions de solidarité sont en principe communes à l'ensemble des dispositifs	Comme le montre l'analyse des dispositions règlementaires infra, les conditions de solidarité ne sont pas appliquées de manière identique dans les trois fonctions publiques, sans que les différences soient nécessairement justifiées : en particulier, aucune condition de solidarité ne s'applique en matière de prévoyance pour les contrats et règlements labellisés.

entre les bénéficiaires, actifs et retraités.		...	53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale. L'habilitation peut être retirée à la demande du prestataire ou si les conditions mises à son octroi ne sont plus satisfaites. Lors de la demande de renouvellement de l'habilitation, l'Autorité apprécie l'activité du prestataire au vu d'un rapport que lui remet celui-ci. Elle peut refuser le renouvellement en cas d'insuffisances constatées dans l'activité faisant l'objet de l'habilitation.		
III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décrets en Conseil d'État.	Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret au Conseil d'État.	III. - Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article.	Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article.		

Annexe III

Article 1er La participation des personnes publiques mentionnée au II de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée bénéficie à l'ensemble des **fonctionnaires et** des **agents de droit public de l'État et de ses établissements publics** adhérant à des règlements ou souscrivant des contrats garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, agents et retraités, dans les conditions prévues par le présent décret.	Article 1er La participation des personnes publiques mentionnées à l'article L. 4123-3 du code de la défense bénéficie à l'ensemble des **militaires**, adhérant à des règlements ou souscrivant des contrats garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, dans les conditions prévues par le présent décret.	Article 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.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE : ne couvre que les agents de droit public / FPT : couvre aussi les agents de droit privé (choix d'opportunité relevant du décret en CE : l'article 22 bis de la loi de 1983 ne fait pas partie des articles que l'article 32 de la même loi rend directement applicables aux agents contractuels)	Cette différence est difficilement justifiable : il conviendrait d'ouvrir la possibilité d'une participation pour les agents de droit privé de la FPE (sous réserve de l'existence de conventions ou accords collectifs spécifiques plus favorables ou contraignants).
Le bénéfice des dispositifs susmentionnés est réservé en outre aux **agents et retraités de l'État** et de ses établissements publics, qui souscrivent des garanties auprès des **organismes prévus au dernier alinéa de l'article 3**, **désignés par leur**	Le bénéfice des dispositifs susmentionnés est réservé en outre aux **militaires et aux anciens militaires titulaires d'une pension militaire de retraite ou d'une solde de réserve**, qui souscrivent des garanties auprès des **organismes**	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**		FPE – FPM : organismes de référence désignés et conventionnés par l'employeur ou l'ancien employeur / FPT : organismes labellisés au plan national ou conventionnés par	Les mécanismes de référencement et de convention de participation ne prévoient pas de continuité des droits en cas de changement d'employeur. Il n'est pas difficile de le prévoir au sein de l'État, dès lors qu'il

employeur ou leur ancien employeur.	**prévus au dernier alinéa de l'article 2, désignés par leur employeur ou leur ancien employeur.**	**label a été délivré ou bénéficient d'une convention de participation** dans les conditions prévues par le présent décret. ...		l'employeur ou ancien employeur	constitue en réalité un seul employeur. La question est plus complexe pour les collectivités territoriales. Il conviendrait à tout le moins de transposer les dispositions déjà applicables aux salariés du secteur privé (article L. 911-8 du code de la sécurité sociale et articles 4 et 5 de la loi 89-1009 dite Evin sur le maintien des garanties en cas de cessation d'emploi ou du contrat ou règlement).
Article 21 **Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents, s'agissant des risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et des risques liés à la maternité.**	Article 21 **Les anciens militaires titulaires d'une pension militaire de retraite ou d'une solde de réserve bénéficient des mêmes garanties que les militaires en activité, s'agissant des risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et des risques liés à la maternité.**	Article 88-2 (loi 84-53) ... **II ...** **Les retraités peuvent adhérer au contrat ou règlement faisant l'objet d'une convention de participation conclue par leur dernière collectivité ou établissement public d'emploi.** Article 1er (décret 2011-1474) (suite) ... La convention de participation à laquelle	**dispositions sans équivalent pour la labellisation** (les retraités ont accès à tout contrat labellisé)	bénéfice implicitement limité aux soins pour les retraités FPE – FPM : pas d'indication explicite sur l'organisme compétent pour les retraités / FPT : organisme conventionné par le dernier employeur	L'exclusion des retraités du champ de la prévoyance n'est pas illogique, en l'absence de besoin spécifique (sous réserve du cas particulier du cumul emploi-retraite, où le nouvel emploi peut lui-même être couvert par un régime collectif). Mais ce point mériterait d'être explicité dans l'ensemble des textes. La question de la compétence ne se posait guère dans le cadre des mutuelles historiques des

Annexe III

		peuvent adhérer les retraités est celle conclue par **leur dernier employeur lorsqu'ils ont été admis à la retraite**. Article 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 : ... e) **Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents** ; ...			agents de l'État, qui la traitaient elles-mêmes dans leurs règlements. Mais il serait logique de la traiter dans les décrets.
Article 2 Sont éligibles à la participation des employeurs publics les garanties de protection sociale complémentaire auxquelles leurs agents choisissent de souscrire et ayant pour objet les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité ainsi que les risques d'incapacité de travail et	Article 3 Sont éligibles à la participation du ministère de la défense les garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les militaires choisissent de souscrire et ayant pour objet les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne, les risques liés à la maternité, ainsi que les risques d'inaptitude à servir et,	Article 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**	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE : couplage soins + incapacité temporaire + capital invalidité et/ou décès ; FPM : couplage soins-+ incapacité temporaire ou couplage soins + incapacité temporaire + invalidité et/ou décès ; FPT : pas de couplage obligatoire (mais pas	La question du couplage devrait, comme dans la FPT, pouvoir être traitée en opportunité en fonction des besoins identifiés par les partenaires sociaux. En outre, si le couplage soins / incapacité temporaire est particulièrement structurant, celui relatif aux capitaux invalidité et décès l'est beaucoup moins, compte tenu à la fois de l'alternative offerte entre

tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès. Ces garanties doivent respecter les caractéristiques définies aux chapitres 4 et 5 et être cohérentes avec les dispositions du statut de la fonction publique.	**selon la combinaison choisie,** tout ou partie des risques d'invalidité et de décès. Ces garanties doivent respecter les caractéristiques définies aux chapitres 4 et 5 du présent décret et être cohérentes avec les dispositions du code de la défense, partie 4 « Le personnel militaire », livre Ier relatif au statut général des militaires. **Chaque organisme de référence devra proposer au minimum :** **— un contrat ou règlement assurant une garantie contre les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, ceux liés à la maternité et les risques d'inaptitude à servir ;** **— un contrat ou règlement assurant une garantie contre les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, ceux liés à la maternité, les risques**	**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. Article 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 «		d'invalidité et/ou de décès sans incapacité temporaire)	les deux et du caractère très minimaliste du capital invalidité envisagé (occurrence limitée à l'invalidité permanente et absolue et alors que le besoin réside surtout dans le maintien d'un revenu – voir infra). Accessoirement, l'adhésion à un organisme référencé pour les militaires ne dispense pas leurs ayants-droit de l'obligation d'adhésion à la couverture santé de leur employeur, alors que cette dispense est – logiquement - prévue pour les autres fonctions publiques (cf. l'article D. 911-2 du code de la sécurité sociale)

	d'inaptitude à servir, et tout ou partie des risques d'invalidité et de décès.	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.			
Article 4 L'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire mentionnées à l'article 2 est facultative pour les agents et retraités.	Article 4 L'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire mentionnées à l'article 3 est facultative pour les militaires et les anciens militaires titulaires d'une pension militaire de retraite ou d'une solde de réserve.	Article 3 L'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire mentionnées à l'article 2 est facultative pour les agents et retraités.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	Le caractère facultatif de la couverture pour les bénéficiaires est expressément affirmé par la loi pour les conventions de partiticipation de la FPT (voir infra) ; il est inhérent au caractère non contraignant de la labellisation ; pour la FPE et la FPM, il peut sembler implicite dans la formulation : « les garanties … auxquelles les agents / mililitaires … souscrivent » ; mais des décrets en CE ont	Toutes choses égales par ailleurs, il serait pertinent d'ouvrir aux employeurs qui le souhaitent la possibilité d'instituer des garanties obligatoires, après négociation avec les partenaires sociaux.

				déjà repris ou institué des adhésions obligatoires pour les agents contractuels de Pôle emploi (décret n°99-528, adapté depuis 2007) et des agences de l'eau (décret n°2016-32)	

2. Désignation des organismes complémentaires

Article 3 Peuvent être choisis par l'employeur public, pour mettre en œuvre les garanties donnant lieu à la participation mentionnée à l'article 1er, les organismes suivants : 1° Les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, **à l'exception de celles bénéficiant, pour les opérations prévues par le présent décret, des dispositions de l'article L. 211-5 du code de la mutualité ;** 2° Les institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ; 3° Les entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.	Article 2 Peuvent être choisis par le ministère de la défense, pour mettre en œuvre les garanties donnant lieu à participation mentionnée à l'article 1er, les organismes suivants : 1° Les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, **à l'exception de celles bénéficiant, pour les opérations concernées par le présent décret, des dispositions de l'article L. 211-5 du code de la mutualité ;** 2° Les institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ; 3° Les entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances. **Chacun du ou des organismes désignés est**	Article 88-2 (loi 84-53) I ... Ces contrats et règlements sont proposés par les organismes suivants : -mutuelles ou unions relevant du livre II du code de la mutualité ; -institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ; -entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances. ...	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE - FPM : exclusion des mutuelles substituées / FPT : pas d'exclusion	La convention de substitution a été prévue par le code de la mutualité pour permettre à des mutuelles, généralement de petite taille et ne disposant pas de provisions suffisantes, de continuer d'exister, au moins temporairement dans l'attente d'une fusion, tout en s'appuyant sur d'autres organismes, qui portent alors intégralement le risque (situation concernant une centaine de mutuelles sur les 400 contrôlées par l'ACPR). Leur exclusion des procédures de référencement est logique, dès lors qu'il s'agit de rechercher des opérateurs capables d'assurer sur longue période la soutenabilité financière d'un régime et la solidarité entre ses assurés.

Une fois désigné, le ou les organismes est qualifié d'organisme de référence.	**qualifié d'organisme de référence.**				Il serait donc cohérent d'appliquer la même restriction à la FPT, sous réserve des conventions et labels en cours à la date de la substitution. Une modification du décret semble suffisante, sans qu'il soit besoin de préciser la loi sur ce point, l'article 88-2 n'ayant pas d'autre objet que de reprendre la liste des catégories d'organismes d'assurance de l'article L. 310-2.
Article 5 La désignation par un ou plusieurs employeurs publics, pour une période donnée, **d'un ou de plusieurs organismes de référence** donne lieu à la signature de conventions avec chacun d'entre eux après l'organisation d'une mise en concurrence, respectant les obligations de transparence et de non-discrimination. Le choix d'un ou de plusieurs opérateurs repose sur des	Article 5 La désignation par le ministère de la défense **d'un ou de plusieurs organismes de référence** donne lieu à la signature de conventions avec chacun d'entre eux après l'organisation d'une mise en concurrence, respectant les obligations de transparence et de non-discrimination. Le choix d'un ou de plusieurs opérateurs repose sur des	Article 88-2 (loi 84-53) ... II. - Pour l'un ou l'autre ou pour l'ensemble des risques en matière de santé et prévoyance, les collectivités territoriales et leurs établissements publics ont la faculté de conclure avec **un des organismes mentionnés au I**, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence transparente et non discriminatoire permettant de vérifier que la condition de solidarité prévue à l'article 22 bis de la	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**	FPE - FPM : un ou plusieurs organismes de référence pour tous les risques / FPT : un seul organisme conventionné par groupe de risques (soins et/ou prévoyance)	Le multi-référencement n'avait été initialement prévu que pour tenir compte de l'existence de régimes historiquement distincts du fait des redécoupages successifs de départements ministériels ; hors ce cas particulier, le multi-référencement est contradictoire avec l'objectif de mutualisation des risques et induit des comportements d'anti-sélection très difficiles à contrarier dans un dispositif facultatif ; il conviendrait

critères objectifs et transparents.	critères objectifs et transparents.	loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 précitée est satisfaite, une convention de participation au titre d'un contrat ou règlement à adhésion individuelle et facultative **réservée à leurs agents**. Dans ce cas, les collectivités et leurs établissements publics ne peuvent verser d'aide qu'au bénéfice des agents ayant adhéré à ce contrat ou règlement. ... Article 25 (loi 84-53) ... **Les centres de gestion ... peuvent ... conclure avec un des organismes mentionnés au I de l'article 88-2 une convention de participation** dans les conditions prévues au II du même article. **Les collectivités et établissements publics peuvent adhérer à ces contrats par délibération, après signature d'une**		FPT : adhésion au contrat ou règlement réservée aux agents de la (ou des) collectivité(s) signataire(s) ou adhérentes à la convention conclue par le centre de gestion dont elles relèvent (groupe fermé) ; hors ce second cas, le pluriel employé par la loi, qui semble permettre des conventions conclues conjointement par plusieurs collectivités, n'est pas repris par le décret qui désigne à plusieurs reprises au singulier « la collectivité ou l'établissement public » au stade de l'appel d'offres ou de la convention	donc de supprimer pour l'avenir la possibilité des multi-référencements en encourageant le cas échéant le regroupement des acteurs existants (leur différence de nature juridique n'y faisant pas obstacle, par exemple dans des formules de coassurance). La possibilité de constituer un groupe ouvert et de conclure des conventions communes à plusieurs collectivités (au-delà du seul cas des centres de gestion) favoriserait la mutualisation des risques. Elle permettrait notamment une adhésion a posteriori, qui soulève en effet une réserve d'interprétation (formellement l'employeur qui adhère a posteriori n'a pas lancé d'appel d'offres préalable). Les modalités de prise en compte de l'adhésion dans la convention initiale, notamment en termes de

		convention avec le centre de gestion de leur ressort. ...			modification éventuelle du tarif, devraient être précisées.
2.1. Procédure de désignation					
Article 6 L'employeur public insère un avis d'appel public à la concurrence dans une publication habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée correspondant au secteur des assurances ainsi que, au-delà d'un seuil et selon des modalités définis par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique, au	Article 6 Le ministère de la défense insère un avis d'appel public à la concurrence dans une publication habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée correspondant au secteur des assurances ainsi que, au-delà d'un seuil et selon des modalités définies par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé de la sécurité sociale, **du ministre de la défense** et du ministre chargé de la fonction	Article 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	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**		

Journal officiel de l'Union européenne. Dans ce cas, les avis destinés aux autres publications leur sont adressés après l'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.	publique, au Journal officiel de l'Union européenne. Dans ce cas, les avis destinés aux autres publications sont adressés après l'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.	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° Si l'employeur public entend désigner un ou plusieurs organismes de référence ;** 2° 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 ; 3° Les niveaux minima de capacité demandés aux candidats et les renseignements à fournir à cet effet ;	L'avis précise : **1° Si le ministère de la défense entend désigner un ou plusieurs organismes de référence ;** 2° Les modalités de présentation des offres de candidature, dont le délai de réception qui ne peut être inférieur à quarante-cinq jours à compter de la date de publication de l'avis d'appel à la concurrence ; 3° Les niveaux minima de capacité demandés aux candidats et les renseignements à fournir à cet effet ;	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 ;	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**	Les décrets n'imposent pas de publier la pondération des critères et ne l'encadrent pas.	Pour assurer la transparence de la procédure et la bonne adéquation des réponses, il conviendrait de publier également la pondération des critères de choix. Cette pondération pourrait par ailleurs être encadrée par les décrets, en fonction des objectifs généraux assignés aux dispositifs. La lisibilité des offres par les assurés et leur comparabilité devraient également être recherchées.

Annexe III

4° Les caractéristiques essentielles de la convention envisagée, notamment son objet, sa nature, les personnels intéressés ; 5° Les critères de choix de l'employeur public.	4° Les caractéristiques essentielles de la convention envisagée, notamment son objet, sa nature, la population intéressée ; 5° Les critères de choix du ministère de la défense.	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.			
Arrêté NOR BCFF0771956A Article 1er Un avis d'appel public à la concurrence est publié au Journal officiel de l'Union européenne si le montant annuel de la participation financière prévue par l'employeur public excède la somme de 100 000 euros. Article 2 L'avis d'appel public à la concurrence est rédigé conformément au modèle annexé au présent arrêté.	Arrêté NOR DEFH1020430A Article 1 Un avis d'appel public à la concurrence est publié au Journal officiel de l'Union européenne si le montant annuel de la participation financière prévue par le ministère de la défense excède la somme de 100 000 euros. Article 2 L'avis d'appel public à la concurrence est rédigé conformément au modèle annexé au présent arrêté.	Arrêté NOR COTB1118919A Article 1er Un avis d'appel public à la concurrence est publié au Journal officiel de l'Union européenne si le montant annuel de la participation financière prévue par la collectivité territoriale ou l'établissement public excède la somme de 100 000 euros. Article 2 L'avis d'appel public à la concurrence est rédigé conformément au modèle annexé au présent arrêté.	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**	Règles communes de publication des avis d'appels à la concurrence	
Article 7 **A leur demande,** l'employeur public **adresse à chacun des candidats** un	Article 7 **A leur demande,** le ministère de la défense **adresse à chacun des**	Article 16 La collectivité territoriale ou l'établissement public **adresse à chacun des**	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**	FPE – FPM : données démographiques fournies aux candidats à leur demande / FPT : données	Si le décret de 2007 a été pris dans un contexte où il existait dans la plupart des ministères un opérateur

document définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population en cause et des prestations à proposer.	**candidats** un document définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population en cause et des prestations à proposer.	**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.**		fournies de droit (sauf pour les retraités – voir alinéa suivant) FPT : exclusion implicite des retraités de la couverture prévoyance ; fourniture de données par les caisses de retraite (CNRACL, IRCANTEC)	historique couvrant une large proportion des agents et assurant déjà la solidarité intergénérationnelle, ce qui peut expliquer l'absence transmission automatique, il est certain qu'un assureur ne peut faire d'offre sérieuse sans disposer « des caractéristiques quantitatives et qualitatives des prestations à proposer », ce qui concerne aussi les retraités ; dans tous les cas, la transmission des données (anonymisées) devrait être de droit.
Article 8 Chaque candidat fournit à l'employeur public, dans le délai mentionné au 2° de	Article 8 Chaque candidat fournit au ministère de la défense dans le délai mentionné au 2° de	Article 17 Chaque candidat fournit à la collectivité territoriale ou à l'établissement public, dans	Article 11 Les organismes mentionnés à l'article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée	FPT : l'organisme candidat à la labellisation choisit librement son labellisateur, sans condition particulière	Il convient de prévoir pour la labellisation des dispositions plus contraignantes en matière de prévention des

l'article 6, une offre comportant, pour l'ensemble de la période prévue à l'article 10, les éléments suivants : 1° Pour chacune des options, le tarif proposé ; 2° Les limites, âge par âge, au-delà desquelles ce tarif ne peut évoluer ; 3° Une prévision du degré effectif de solidarité et de la maîtrise financière du dispositif envisagé. Chaque candidat s'engage également, en cas de désignation, à offrir à la population intéressée, pendant la période susmentionnée et selon les modalités prévues au présent décret, l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées.	l'article 6 une offre comportant pour l'ensemble de la période prévue à l'article 10, les éléments suivants : 1° Pour chacune des options, le tarif proposé ; 2° Les limites, âge par âge, au-delà desquelles ce tarif ne peut évoluer ; 3° Une prévision du degré effectif de solidarité et de la maîtrise financière du dispositif envisagé. Chaque candidat s'engage, en cas de désignation, à offrir à la population intéressée, pendant la période susmentionnée et selon les modalités prévues au présent décret, l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées.	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.	adressent leurs **demandes de labellisation au prestataire habilité de leur choix, figurant sur la liste mentionnée à l'article 8.** ... Article 8 L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 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. Article 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 :	FPT : la notion de « prestations offertes » renvoie au choix des risques à couvrir en prévoyance notamment ; en revanche, on ne voit pas quelles « conditions générales d'adhésion » peuvent s'ajouter à celles prévues par la loi et le décret ; le terme précision (au lieu de prévision) semble résulter d'une coquille	conflits d'intérêt – qui ne semblent aujourd'hui envisagées (au 3° de l'article 5 du décret de 2011) que du point de vue de la personne chargée du dossier et pas de la personne morale habilitée. Cette précaution est d'autant plus nécessaire qu'il n'y a aujourd'hui que 7 organismes labellisateurs (l'un d'eux a labellisé près de la moitié des contrats et règlements en cours, un autre 30%)

			a) 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 ; b) 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°.		
Article 9 Après l'examen des garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats, l'employeur public fonde son choix sur les critères suivants : 1° Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;	Article 9 Après l'examen des garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats, le ministère de la défense fonde son choix sur les critères suivants : 1° Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;	Article 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 ;	Article 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.	FP – FPM : pas de consultation des représentants des agents sur les critères de choix, contrairement à la FPT (pour la FPE l'article 34 du décret n°2011-184 ne prévoit la consultation des comités techniques que sur « la participation ») FPT : le labellisateur ne contrôle que le respect a priori des principes de solidarité	Pour la FPE et la FPM, il convient de prévoir la consultation des représentants des agents sur les critères de choix pour vérifier l'adéquation aux besoins. Pour les offres labellisées de la FPT, les critères de maîtrise financière du dispositif et des moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques devraient également être prévus. Par ailleurs, si le

2° Le degré effectif de solidarité entre les adhérents ou les souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération ; 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.	2° Le degré effectif de solidarité entre les adhérents ou les souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération ; 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.	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-**		FPE – FPM : solidarité familiale possible en principe pour la prévoyance (cf. par exemple prestations d'orphelins) / FPT : pas de solidarité familiale pour la prévoyance	règlement ou le contrat préexistent, il est également possible de vérifier leur équilibre financier et leur degré de solidarité. De manière générale, la maîtrise financière implique que le contrat est viable mais n'évite pas à l'inverse la sous-tarification. Ce critère pourrait donc être distingué. Il n'y a pas de raison que la solidarité familiale ne soit pas prise en compte en matière de prévoyance dans les trois fonctions publiques.

		dessus nécessaires à la prise de décision.			
Arrêté NOR BCFF0771957A Article 1er Aux fins de vérification de la maîtrise financière du dispositif par l'organisme candidat, l'employeur public demande à celui-ci un programme d'activité sur la période mentionnée à l'article 10 du décret du 19 septembre 2007 susvisé comprenant les éléments suivants : 1. Une note décrivant la politique de développement et des prévisions d'adhésion envisagée sur la durée totale de la convention, **tenant compte du choix opéré par l'employeur public de retenir un ou plusieurs organismes de référence.** 2. Pour les cinq premiers exercices comptables de la convention, les comptes de résultats prévisionnels des opérations concernées, sur	Arrêté NOR DEFH1020452A Article 1er Aux fins de vérification de la maîtrise financière du dispositif par l'organisme candidat, le ministère de la défense demande à celui-ci un programme d'activité sur la période mentionnée à l'article 10 du décret susvisé comprenant les éléments suivants : 1. Une note décrivant la politique de développement et des prévisions d'adhésion envisagée sur la durée totale de la convention, **tenant compte du choix opéré par le ministère de la défense de retenir un ou plusieurs organismes de référence.** 2. Pour les cinq premiers exercices comptables de la convention, les comptes de résultats prévisionnels des opérations concernées, sur	Arrêté NOR: COTB1118924A Article 1er Aux fins de vérification de la maîtrise financière du dispositif par l'organisme candidat, la collectivité territoriale ou l'établissement public demande à celui-ci un programme d'activité sur la période mentionnée à l' article 19 du décret du 8 novembre 2011 susvisé comprenant les éléments suivants : 1° Une note décrivant la politique de développement et les prévisions d'adhésion envisagées sur la durée totale de la convention. 2° Pour les cinq premiers exercices comptables de la convention, les comptes de résultats prévisionnels des opérations concernées, sur	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**		

la base de deux hypothèses comparées : 2.1. L'ensemble de la population éligible adhère au dispositif ; **2.2. Seuls les agents et retraités envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif.**	la base de deux hypothèses comparées : 2. 1.L'ensemble de la population éligible adhère au dispositif ; 2. 2. **Seuls les agents et retraités envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif.**	la base de deux hypothèses comparées : a) L'ensemble de la population éligible adhère au dispositif ; **b) Seuls les agents et, s'agissant d'une convention relative au risque « santé » au sens de l'article 2 du décret du 8 novembre 2011 susvisé, les retraités, envisagés selon les prévisions d'adhésion, adhèrent au dispositif.**		FPT : exclusion implicite des retraités pour la prévoyance	
3. Une projection sur la durée totale de la convention de l'équilibre technique des opérations concernées, sur la base des hypothèses retenues concernant les évolutions des tarifs prévues dans les offres.	3. Une projection sur la durée totale de la convention de l'équilibre technique des opérations concernées, sur la base des hypothèses retenues concernant les évolutions des tarifs prévues dans les offres.	3° Une projection sur la durée totale de la convention de l'équilibre technique des opérations concernées, sur la base des hypothèses retenues concernant les évolutions des tarifs prévues dans les offres.			
Article 2 Sur la base des deux hypothèses prévues aux 2.1 et 2.2 de l'article 1er, l'employeur public demande à l'organisme candidat de calculer, pour chacun des	Article 2 Sur la base des deux hypothèses prévues aux 2.1 et 2.2 de l'article 1er, le ministère de la défense demande à l'organisme candidat de calculer, pour	Article 2 Sur la base des deux hypothèses prévues aux a et b de l'article 1er, la collectivité territoriale ou l'établissement public demande à l'organisme			

cinq premiers exercices, les prévisions de transferts de solidarité résultant de l'application du calcul mentionné à l'article 1er de l'arrêté relatif à la répartition de la participation du 19 décembre 2007.	chacun des cinq premiers exercices, les prévisions de transferts de solidarité résultant de l'application du calcul mentionné à l'article 1er de l'arrêté pris en application de l'article 12 du décret du 5 juillet 2010 susvisé.	candidat de calculer, pour chacun des cinq premiers exercices, les prévisions de transferts de solidarité égaux aux montants suivants :			
Arrêté NOR BCFF0771959A Article 1er L'employeur public demande aux organismes de référence de calculer chaque année les montants de transferts de solidarité suivants : — un montant de transferts intergénérationnels égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents ou souscripteurs retraités bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1er du décret susvisé et **pour les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité**, entre les prestations versées et les	Arrêté NOR DEFH1020457A Article 1er Le ministère de la défense demande aux organismes de référence de calculer chaque année les montants de transferts de solidarité suivants : — un montant de transferts intergénérationnels égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents ou souscripteurs retraités bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1er du décret susvisé et **pour les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité**, entre les prestations versées et les	1° S'agissant d'une convention relative au risque « santé » : — un montant de transferts intergénérationnels égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents ou souscripteurs retraités de l'employeur territorial concerné bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1er du décret du 8 novembre 2011 susvisé, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes ;	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**	FPE – FPM : pas de transfert de solidarité pour la prévoyance / FPT : transferts de solidarité intergénérationnels pour la prévoyance (au bénéfice des agents de plus de 50 ans)	Il n'y a pas de motif pour que la même solidarité intergénérationnelle ne puisse être appréciée en matière de prévoyance dans l'ensemble des dispositifs, notamment au regard de l'existence de métiers exposés à la pénibilité (sous réserve le cas échéant d'un seuil d'âge spécifique pour les militaires).

cotisations correspondantes ; — un montant de transferts familiaux égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des ayants droit des adhérents ou souscripteurs bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1er du décret susvisé et **pour les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité**, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes. **La somme de ces deux montants constitue le total des transferts de solidarité.**	cotisations correspondantes ; — un montant de transferts familiaux égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des ayants droit des adhérents ou souscripteurs bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1er du décret du 5 juillet 2010 susvisé et **pour les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité**, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes. **La somme de ces deux montants constitue le total des transferts de solidarité.**	— un montant de transferts familiaux égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des ayants droit des adhérents ou souscripteurs, bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1er du décret du 8 novembre 2011 susvisé, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes. **2° S'agissant d'une convention relative au risque « prévoyance » au sens de l' article 2 du décret du 8 novembre 2011 susvisé, un montant de transferts intergénérationnels égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents ou souscripteurs d'un âge supérieur à 50 ans de l'employeur territorial concerné, bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l' article 1er du décret du 8 novembre 2011 susvisé, entre les prestations**			

		versées et les cotisations correspondantes ;			
Les éléments justifiant de ce calcul doivent être joints aux montants communiqués.	Les éléments justifiant ce calcul doivent être joints aux montants communiqués.	Les éléments justifiant de ce calcul doivent être joints aux montants communiqués à la collectivité ou à l'établissement public.			
Article 2 Pour le calcul des transferts mentionnés à l'article 1er : — les prestations sont d'abord majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes et minorées des reprises sur ces mêmes provisions ; — les prestations ainsi obtenues sont ensuite majorées d'un chargement de gestion forfaitaire égal à 10 % ; — les cotisations sont minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises puis majorées	Article 2 Pour le calcul des transferts mentionnés à l'article 1er : — les prestations sont d'abord majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes et minorées des reprises sur ces mêmes provisions ; — les prestations ainsi obtenues sont ensuite majorées d'un chargement de gestion forfaitaire égal à 10 % ; — les cotisations sont minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises puis majorées	Article 3 Pour le calcul des transferts mentionnés à l'article 2 : Les prestations sont d'abord majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes et minorées des reprises sur ces mêmes provisions. Les prestations ainsi obtenues sont ensuite majorées d'un chargement de gestion forfaitaire égal à 10 %. Les cotisations sont minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises puis majorées			

de la reprise sur cette même provision. ...	de la reprise sur cette même provision. ...	de la reprise sur cette même provision.			
2.2. Durée de la désignation, modification et cessation anticipée, information des assurés					
Article 10 La ou les conventions mentionnées à l'article 5 sont rendues publiques. Elles sont conclues par l'employeur public, pour **une durée de sept ans**, sous réserve des dispositions de l'article 11. Elles peuvent être prolongées pour des motifs d'intérêt général. La durée de la prolongation ne peut excéder un an.	Article 10 La ou les conventions mentionnées à l'article 5 sont rendues publiques. Elles sont conclues par le ministère de la défense, pour **une durée de sept ans**, sous réserve des dispositions de l'article 11. Elles peuvent être prolongées pour des motifs d'intérêt général. La durée de la prolongation ne peut alors excéder un an.	Article 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. ... **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**	Article 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**.	FPE - FPM : 7 ans / FPT : 6 ans pour les conventions (prolongation possible d'un an dans les deux cas), 3 ans renouvelables pour le label FPT : rapport triennal et possibilité à même échéance de résiliation de la convention de la participation (distincte de la dénonciation prévue infra pour violation du décret) en cas de non respect de certains critères (degré effectif de solidarité et	La différence de durée, ainsi que l'absence de clause de rendez-vous intermédiaire pour la FPE et la FPM, sont difficilement justifiables. La durée particulièrement longue fixée pour le référencement et l'absence de clause de rendez-vous peuvent s'expliquer par le contexte historique du décret de 2007. Mais ces solutions ne sont pas forcément justifiables en régime de croisière. Pour mémoire, la durée maximale des accords collectifs dans le secteur privé est fixée à 5 ans par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. Du côté territorial, la durée de 6 ans a été choisie en fonction de la durée des mandats des élus, ce qui est

		satisfaits, la collectivité ou l'établissement peut résilier la convention.		moyens de couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques)	une justification objective, sans être dirimante (le calendrier de la négociation sociale n'est pas forcément calé sur le calendrier électoral et la possibilité d'une prorogation peut conduire à un décalage significatif). Une durée modulable de 5 à 6 ans au choix de l'employeur, avec un rendez-vous à mi-parcours, semble constituer une solution généralisable. Pour la FPT, il conviendrait de prévoir que le labellisateur vérifie, au stade du renouvellement, la maîtrise financière et l'effectivité des transferts de solidarité, ainsi que la bonne application des majorations pour adhésion tardive
Article 19 Le dépassement des limites tarifaires prévues à l'article 8 n'est possible, **après accord de l'employeur public**,	Article 19 Le dépassement des limites tarifaires prévues à l'article 8 n'est possible, **après accord du ministère de la défense**,	Article 20 Le dépassement des limites tarifaires prévues à l'article 17 n'est possible	Article 13 (suite) ... Les modifications des contrats et règlements intervenant au cours de cette période sont transmises au prestataire	FPE : nécessité de l'accord de l'employeur pour le dépassement des limites tarifaires initiales / FPT : pas de nécessité de l'accord de l'employeur	Pour les conventions de participation, l'absence d'accord préalable de l'employeur n'est acceptable que si les motifs de dépassement des limites tarifaires sont quantifiés ab

que si l'organisme de référence le justifie pour l'une des raisons suivantes, à condition qu'elles revêtent un caractère significatif : 1° Aggravation de la sinistralité ; 2° **Variation du niveau de la participation** ; 3° Évolutions démographiques ; 4° Modification de la règlementation.	que si l'organisme de référence le justifie pour l'une des raisons suivantes, à condition qu'elles revêtent un caractère significatif : 1° Aggravation de la sinistralité ; **2° Variation du niveau de la participation ;** 3° Évolutions démographiques ; 4° Modification de la règlementation.	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° Évolutions démographiques ; 4° Modifications de la règlementation.	habilité qui vérifie que les conditions de délivrance du label sont toujours satisfaites. ...	FPT : la portée de la distinction entre « variation du nombre d'adhérents ou souscripteurs » et évolutions démographiques est incertaine	initio dans la convention, au moins s'agissant de la sinistralité et de la démographie.
Article 10 **La ou les conventions mentionnées à l'article 5 sont rendues publiques**. ... Article 28 ... L'employeur public **informe ses agents de la première désignation d'organismes de référence** en vue de leur permettre de s'assurer auprès de cet ou de ces organismes.	Article 10 **La ou les conventions mentionnées à l'article 5 sont rendues publiques.** ... Article 27 ... Le ministère de la défense **informe les militaires de la première désignation d'un ou de plusieurs organismes de référence,** en vue de leur permettre de s'assurer auprès de cet ou de ces organismes.	Article 19 ... 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**. ...	Article 11 (suite) ... 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.	FPE - FPM : publication des conventions et information aux agents lors du premier référencement / FPT : information aux agents à la conclusion de chaque convention et publication de la liste des organismes labellisés (voir infra)	Une information périodique par l'employeur est nécessaire, y compris en matière de labellisation.

Annexe III

L'information destinée aux retraités est à la charge de l'État.	**L'information destinée aux anciens militaires titulaires d'une pension militaire de retraite ou d'une solde de réserve est à la charge de l'État.**	Article 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'État et des collectivités publiques publient, par tous moyens, cette information à destination des retraités.**	Article 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.**	FPE – FPM : information des anciens agents à la charge de l'État (sans autre précision) / FPT : information par les caisses de retraites	Les décrets doivent organiser expressément les modalités d'information périodique pour les anciens agents (notamment par les organismes payeurs des pensions ou soldes).
Article 11 En cas de non-renouvellement de la convention ou si l'employeur public constate qu'un organisme ne respecte plus les dispositions du présent décret, il lui retire la qualité d'organisme de référence.	Article 11 En cas de non-renouvellement de la convention ou si le ministère de la défense constate qu'un organisme ne respecte plus les dispositions du présent décret, il lui retire la qualité d'organisme de référence.	Article 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**	Article 13 (suite) ... Si elles [les conditions de délivrance du label] ne le sont plus [satisfaites], 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	FPT : principe général du contradictoire en cas de dénonciation (implicite pour FPE - FPM)	

		représenter par un mandataire de son choix.	prestataire habilité informe immédiatement le ministre chargé des collectivités territoriales de la décision de retrait du label.		
Dans un délai d'un mois à compter de la date de retrait, **cet organisme doit en informer les souscripteurs ou adhérents** en précisant à ces derniers que, pour l'application du 2° de l'article 16, ils perdraient, faute d'adhésion à un autre organisme de référence, le bénéfice des années de cotisations qui continueraient à lui être versées. **Il permet aux souscripteurs ou adhérents de changer d'organisme de référence dans un délai de trois mois** à compter de la date d'envoi de ladite information. Le nouvel organisme garantit à ces souscripteurs ou adhérents les risques nés à compter de la date de changement d'organisme de référence.	Dans un délai d'un mois à compter de la date de retrait, **cet organisme doit informer les souscripteurs ou adhérents** en précisant à ces derniers que, pour l'application du 2° de l'article 16, ils perdraient, faute d'adhésion à un autre organisme de référence, le bénéfice des années de cotisations qui continueraient à lui être versées. **Il permet aux souscripteurs ou adhérents de changer d'organisme de référence dans un délai de trois mois** à compter de la date d'envoi de ladite information. Le nouvel organisme garantit à ces souscripteurs ou adhérents les risques nés à compter de la date de changement d'organisme de référence.	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.**	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	FPE – FPM : information des assurés à la charge de l'organisme déréférencé / FPT : information des assurés à la charge de la collectivité dans le cas d'une convention de participation (nb : la mention relative aux opérations collectives facultatives est tautologique dans ce cas) et de l 'organisme dans le cas d'une labellisation FPE – FPM : droit individuel à résiliation dans les trois mois suivant l'information / FPT : (implicitement) résiliation automatique des adhésions ou souscriptions individuelles après un mois (le règlement ou contrat collectif cessant d'exister)	Le délai laissé aux assurés pour chercher un nouveau règlement ou contrat devrait être de trois mois dans tous les cas. La résiliation automatique d'un règlement ou contrat labellisé n'a pas de sens : il n'y a d'ailleurs pas de raison qu'un tel règlement ou contrat ne soit pas ouvert à une population plus large que les seuls agents territoriaux, ce qui ne peut au contraire que favoriser la mutualisation des risques et faciliter l'application des principes de solidarité. il convient en revanche de prévoir la possibilité de résiliation volontaire pour les assurés, prévue dans les décrets FPE - FPM).

			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.		
Si le seul opérateur désigné perd sa qualité d'organisme de référence, les périodes écoulées après la perte de cette qualité sont prises en compte comme une durée de cotisation, pour l'application du 2° de l'article 16, jusqu'à l'expiration d'un délai de trois mois suivant la date de désignation d'un nouvel organisme de référence.	**Si le seul opérateur désigné perd sa qualité d'organisme de référence, les périodes écoulées après la perte de cette qualité sont prises en compte comme durée de cotisation, pour l'application du 2° de l'article 16, jusqu'à l'expiration d'un délai de trois mois suivant la date de désignation d'un nouvel organisme de référence.**	Article 28 **...** **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 ...**	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE - FPM : neutralisation des périodes où il n'y a pas d'organisme de référence / FPT : pas de neutralisation des périodes où il n'y a pas d'organisme conventionné (implique pour l'assuré de recourir sans discontinuité à un organisme labellisé)	La transition entre deux conventions de participation pourrait être assurée par les règles prévoyant la continuité de la couverture (cf. supra).

2.3. Participation financière de l'employeur

Article 12 **L'employeur public détermine chaque année le montant de la participation mentionnée à l'article 1er qu'il entend verser à l'organisme ou aux organismes de référence.** La participation est attribuée à l'organisme de référence ou répartie entre les organismes de référence **en fonction des transferts effectifs de solidarité**, intergénérationnels et familiaux, opérés au titre des garanties proposées à la population intéressée, **compte tenu du nombre d'agents affiliés ainsi que des minorations de cotisations acquittées par les souscripteurs et adhérents**.	Article 12 **Le ministère de la défense détermine chaque année le montant de la participation mentionnée à l'article 1er qu'il entend verser à l'organisme ou aux organismes de référence.** La participation est attribuée à l'organisme de référence ou répartie entre les organismes de référence **en fonction des transferts effectifs de solidarité**, intergénérationnels et familiaux, opérés au titre des garanties proposées à la population intéressée, **compte tenu du nombre d'agents affiliés ainsi que des minorations de cotisations acquittées par les souscripteurs et adhérents.**	Article 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.** Article 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**.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE – FPM : participation globale calculée annuellement, en fonction et dans la limite des transferts de solidarité / FPT : participation unitaire par agent, en déduction de la cotisation et modulable selon critères sociaux Dans les dispositions considérées ici, le sens du terme agent est incertain : dans beaucoup d'autres articles – article 1er de chaque décret, articles relatifs à l'information – le terme est employé dans un sens restreint par opposition à retraités ; mais pour la FPE-FPM, les « minorations de cotisations » constituant les transferts de solidarité concernent par construction les anciens agents.	L'absence de détermination dans la durée (au moins sur trois ans) de la participation financière dans les décrets FPE – FPM nuit à la crédibilité des offres Il conviendrait de préciser que la participation financière concerne aussi les retraités (ou peut les concerner, s'agissant de la FPT). De manière plus structurelle, il serait souhaitable de permettre que la participation de l'employeur puisse, dans les trois FP, être calculée individuellement en fonction de critères sociaux.

Annexe III

... Arrêté NOR: BCFF0771959A ... Article 3 L'employeur public détermine, pour chaque organisme de référence, le rapport entre, d'une part, le total des transferts de solidarité que ce dernier met en œuvre et, d'autre part, la somme des totaux de transferts de solidarité mis en œuvre par l'ensemble des organismes de référence qu'il a désignés. Le montant de la participation versée à chacun des organismes de référence est égal au produit du montant mentionné au premier alinéa de l'article 12 du décret susvisé par le rapport calculé à l'alinéa précédent, dans la limite du total des transferts de solidarité résultant de l'application du calcul mentionné à l'article 1er.	... Arrêté NOR DEFH1020457A Article 3 Le ministère de la défense détermine, pour chaque organisme de référence, le rapport entre, d'une part, le total des transferts de solidarité que ce dernier met en œuvre et, d'autre part, la somme des totaux de transferts de solidarité mis en œuvre par l'ensemble des organismes de référence qu'il a désignés. Le montant de la participation versée à chacun des organismes de référence est égal au produit du montant mentionné au premier alinéa de l'article 12 du décret du 5 juillet 2010 susvisé par le rapport calculé à l'alinéa précédent, dans la limite du total des transferts de solidarité résultant de l'application du calcul mentionné à l'article 1er.	...			

Article 14 Afin de s'assurer que sa participation financière bénéficie à ses agents dans le respect des conditions définies au chapitre 4, **l'employeur public vérifie que le ou les organismes de référence ont établi une comptabilité analytique permettant d'en retracer l'utilisation et produisent annuellement les pièces justificatives nécessaires.**	Article 14 Afin de s'assurer que sa participation financière bénéficie aux militaires, dans le respect des conditions définies au chapitre 4, **le ministère de la défense vérifie que le ou les organismes de référence ont établi une compatibilité analytique permettant d'en retracer l'utilisation et produisent annuellement les pièces justificatives nécessaires.**	... 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.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE - FPM : comptabilité analytique / FPT : comptabilité individualisée par bénéficiaire	À adapter en cohérence avec la recommandation précédente
Article 12 (suite) ... La participation attribuée à chaque organisme de référence ne peut excéder le **montant des transferts de**	Article 12 (suite) ... La participation attribuée à chaque organisme de référence ne peut excéder le **montant des transferts de**	Article 25 Le montant de la participation ne peut excéder le **montant de la cotisation ou de la prime qui serait dû en l'absence**	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE - FPM : plafond global = transferts de solidarité / FPT : plafond global = somme des plafonds individuels	Cf. les remarques supra sur le mode de calcul de la participation

solidarité auxquels chacun d'entre eux a procédé. Elle est directement versée aux organismes de référence. Article 13 L'employeur public effectue le versement de la participation mentionnée à l'article 1er au vu de la liste de ceux de ses agents qui ont souscrit ou adhéré aux contrats ou règlements prévus à ce même article. Cette liste lui est adressée **annuellement** par le ou les organismes de référence.	**solidarité** auxquels chacun d'entre eux a procédé. Elle est directement versée aux organismes de référence. Article 13 Le ministère de la défense effectue le versement de la participation mentionnée à l'article 1er au vu de la liste des militaires, qui ont souscrit ou adhéré aux contrats ou règlements prévus à ce même article. Cette liste lui est adressée **annuellement** par le ou les organismes de référence.	**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** ...		FPE : fourniture annuelle de la liste des agents assurés / FPT : fourniture au moins une fois par an (dans les deux décrets, même ambiguïté que supra sur l'inclusion des retraités)	
Article 17 **Lorsque l'employeur public désigne plusieurs organismes de référence, il est calculé, chaque année, pour chacun des organismes de référence qui assure plus de 10 % des souscripteurs ou adhérents relevant de cet employeur une moyenne d'âge des bénéficiaires assurés dans le cadre du dispositif prévu par le présent décret.**	Article 17 **Lorsque le ministère de la défense désigne plusieurs organismes de référence, il est calculé, chaque année, pour chacun des organismes de référence qui assure plus de 10 % des souscripteurs ou adhérents, une moyenne d'âge des bénéficiaires assurés dans le cadre du dispositif prévu par le présent décret.**			FPE - FPM : possibilité de fixer un âge limite d'adhésion (qui ne peut être inférieur à 45 ans) pour l'organisme de référence dont les assurés ont l'âge moyen le plus élevé	Cette disposition n'a jamais été appliquée et elle paraît difficilement applicable, puisqu'elle conduit paradoxalement l'organisme le plus solidaire à afficher qu'il cesse de l'être ; en outre, dès lors qu'elle ne joue que sur le flux des adhésions, elle n'a qu'un impact progressif sur le rééquilibrage des contrats et règlements concurrents. Un mécanisme de

L'organisme de référence qui affiche l'âge moyen le plus élevé, peut, par dérogation au 2° de l'article 16, déterminer un âge maximal d'adhésion, lequel ne peut être inférieur à cet âge moyen et, en tout état de cause, à quarante-cinq ans. Les agents ou retraités auxquels un refus d'adhésion est opposé pour ce motif ont droit à adhérer aux autres organismes de référence désignés par l'employeur dont ils dépendent. **L'organisme de référence qui leur a refusé l'adhésion leur communique la liste des organismes en cause.** **Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique définit les conditions d'application du présent article.**	**L'organisme de référence, qui affiche l'âge moyen le plus élevé, peut par dérogation au 2° de l'article 16 déterminer un âge maximal d'adhésion, lequel ne peut être inférieur à cet âge moyen et en tout état de cause à quarante ans. Les militaires ou anciens militaires titulaires d'une pension militaire de retraite ou d'une solde de réserve, auxquels un refus d'adhésion est opposé pour ce motif, ont droit à adhérer aux autres organismes de référence désignés par l'employeur dont ils dépendent. L'organisme de référence qui leur a refusé l'adhésion leur communique la liste des organismes en cause.** **Un arrêté conjoint du ministre de la défense, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique définit les conditions d'application du présent article.**				péréquation permettant de faire contribuer les organismes les moins solidaires aux transferts de solidarité assumés par le plus solidaire serait à cet égard plus efficace. Le principe du mono-référencement la rendrait en tout état de cause inutile.

Arrêté BCFF0771963A Article 1 L'employeur public informe chaque année avant le 15 octobre, au vu de la dernière la liste des adhérents ou souscripteurs qui lui a été envoyée par chaque organisme de référence en application de l'article 13 du décret susvisé, les organismes de référence du rapport entre leur nombre d'adhérents ou souscripteurs et le nombre de bénéficiaires relevant de cet employeur public. Article 2 Les organismes de référence qui, en application de l'article 1er, assurent plus de 10 % des bénéficiaires calculent **au 30 octobre de chaque année la moyenne d'âge de leurs adhérents ou souscripteurs, actifs et retraités**, bénéficiaires du dispositif mentionné au décret susvisé. Ils	**pas de disposition équivalente**			FPM : l'arrêté précisant les conditions de fixation d'un âge limite d'adhésion par l'organisme de référence ayant l'âge moyen le plus élevé ne semble pas avoir été pris	Cf. remarque supra

fournissent à l'employeur public la liste des adhérents ou souscripteurs concernés, ventilée par âge, ainsi que le résultat du calcul de la moyenne. **La moyenne d'âge s'obtient en sommant les âges des adhérents ou souscripteurs puis en divisant cette somme par le nombre d'individus pris en compte dans le calcul de cette moyenne.** Article 3 **L'employeur public informe au 30 novembre** chacun des organismes de référence du nom de l'organisme de référence qui peut, en application de l'article 17 du décret susvisé, déterminer un âge maximal d'adhésion. Article 4 **La possibilité de déterminer un âge maximal d'adhésion n'est ouverte qu'à compter de la seconde année de mise en œuvre d'une**					

première convention par l'employeur considéré.					

3. Cotisations et garanties					
Article 22 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.	Article 22 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 militaires, soit en valeur monétaire forfaitaire. Les garanties peuvent comporter un choix entre plusieurs options de couverture.	Article 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.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels		
3.1. Santé (prestations en nature)					
Article 15 Le tarif applicable aux garanties relatives aux risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité respecte les contraintes prévues aux 1° et 2° de l'article 16 et à l'article 18. **Le critère mentionné au 1° de l'article**	Article 15 Le tarif applicable aux garanties relatives aux risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité respecte les contraintes prévues aux 1° et 2° de l'article 16 et à l'article 18. **Le critère mentionné au 1° de l'article**	Article 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 :	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels		

16 s'applique pour chacune des options de couverture mentionnées à l'article 22 proposées par l'organisme de référence. ... Article 16 Dans les conditions prévues à l'article 15, les garanties proposées doivent respecter les contraintes de solidarité tarifaire et d'affiliation suivantes :	**16 s'applique pour chacune des options de couverture mentionnées à l'article 22 proposées par l'organisme de référence.** ... Article 16 Dans les conditions prévues à l'article 15, les garanties proposées doivent respecter les contraintes de solidarité tarifaires et d'affiliation suivantes :				
3.1.1. Solidarité intergénérationnelle – majorations pour adhésion tardive					
1° Le rapport entre la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent 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	1° Le rapport entre la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de **vingt-quatre ans** acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de vingt-quatre ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques (au	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	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPT : le sens de la déduction de la « participation due par l'assuré » est incertain (et elle serait sans objet s'agissant de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale)	Le principe ainsi posé pour la tarification ne garantit pas à lui seul la solidarité effective, dès lors que les adhérents les plus âgés peuvent être inégalement répartis au sein des organismes sélectionnés – multi-référencés dans la FPE et labellisés dans la FPT. Cela rend particulièrement important le critère de mise en œuvre effective de la solidarité (voir supra) et nécessite des mécanismes

pour une option de garanties comparable, compte non tenu des éventuelles pénalisations prévues au 2° ;	sens de la hiérarchie militaire, telle que définie au I de l'article L. 4131-1 du code de la défense) et pour une option de garanties comparable, compte non tenu des éventuelles pénalisations prévues au 2° ;	pour une option de garanties comparable, compte non tenu d'éventuelles pénalisations prévues au 2° ;			de péréquation, permettant de faire contribuer les organismes les moins solidaires.
2° Il ne peut être prévu d'âge maximal d'adhésion. Toutefois **lorsque l'adhésion est postérieure de deux ans à l'entrée dans la fonction publique**, la cotisation est majorée d'un coefficient calculé selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique qui tiennent compte	2° Il ne peut être prévu d'âge maximal d'adhésion. Toutefois **lorsque l'adhésion est postérieure d'un an à l'entrée dans la fonction publique militaire**, la cotisation est majorée d'un coefficient calculé selon des modalités fixées par arrêté conjoint du **ministre de la défense**, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique, qui tiennent compte	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	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	majoration pour adhésion tardive au-delà de deux ans dans la FPE ou la FPT, un an dans la FPM) FPT : neutralisation définitive des périodes d'emploi antérieures à la publication du décret – voir également ligne suivante (différence de traitement très contestable, mais moins significative et difficile à régler 8 ans après)	Les majorations pour adhésion tardive ont été conçues comme un moyen d'éviter les comportements de « cavalier libre » des personnes qui n'adhèreraient au dispositif de solidarité que lorsqu'elles sont susceptibles d'en bénéficier. Mais elles ne semblent pas appliquées en pratique (alors même que la durée d'adhésion figure parmi les critères possibles de modulation des cotisations prévus de manière générale par l'article L. 110-2 du code de la mutualité). En outre, elles ne sont pertinentes que si elles font l'objet d'une information claire dès l'entrée dans la fonction publique et si elles sont

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 ; ...	de l'âge du bénéficiaire, de la durée des services militaires accomplis et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1er ; ...	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. ...			combinées avec un mécanisme de solvabilisation des adhésions pour les rémunérations les plus faibles. La différence de délai peut se justifier par la carrière généralement plus courte des militaires, mais des problématiques comparables peuvent se retrouver dans d'autres professions ; en outre le délai ouvert après le premier référencement – voir infra - est d'un an aussi bien pour la FPE que la FPM. Il serait donc logique d'aligner sur un an le délai d'adhésion sans majoration pour l'ensemble des trois FP.
Article 28 **La majoration de cotisation** mentionnée au 2° de l'article 16 et la condition d'ancienneté prévue au 3° de ce même article **ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à l'organisme de**	Article 27 **La majoration de cotisation** mentionnée au 2° de l'article 16 et la condition d'ancienneté prévue au 3° de ce même article **ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à l'organisme de**	... **Les périodes antérieures à la date de publication du présent décret ne font pas l'objet de majoration.** ...	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE - FPM : neutralisation des périodes d'emploi antérieures à la publication du décret en l'absence d'adhésion pendant l'année suivant le premier référencement / FPT : neutralisation des années	Ces dispositions, quoique transitoires, n'en ont pas moins un impact durable sur le calcul des majorations : - dans la FPE et la FPM, elles donnent un important effet de levier à l'obligation d'adhésion au

référence choisi par l'employeur public intervient durant la première année de mise en œuvre d'une première convention par cet employeur. **À compter de la deuxième année de la mise en œuvre de ladite convention, si les adhérents ou souscripteurs ont opté pour un organisme de référence, ils sont présumés avoir toujours bénéficié de garanties proposées par un organisme de référence. À l'inverse, s'ils n'ont pas opté pour un organisme de référence, ils sont présumés n'avoir jamais bénéficié d'un tel dispositif.** …	**référence choisi par l'employeur public intervient durant la première année de mise en œuvre d'une première convention par cet employeur.** **À compter de la deuxième année de la mise en œuvre de ladite convention, si les adhérents ou souscripteurs ont opté pour un organisme de référence, ils sont présumés avoir toujours bénéficié de garanties proposées par un organisme de référence. À l'inverse, s'ils n'ont pas opté pour un organisme de référence, ils sont présumés n'avoir jamais bénéficié d'un tel dispositif.** …			antérieures à la publication du décret	référencement (au-delà d'un an, la majoration porte sur l'ensemble des années écoulées après l'âge de trente ans) ; - à l'inverse, dans le cas de la FPT, l'impact est strictement proportionnel au nombre d'années de retard à l'adhésion. Mais cette différence va en s'estompant avec le temps et il ne paraît pas forcément pertinent de modifier les textes sur ce point.

		Arrêté NOR: COTB1118917A Article 1er Pour l'application du présent arrêté, est considérée comme une garantie de référence pour l'agent ou le retraité : Le contrat ou règlement ayant été labellisé dans les conditions prévues au chapitre 1er du titre II du décret du 8 novembre 2011 susvisé ; Le contrat ou règlement souscrit auprès d'un organisme ayant conclu avec la collectivité ou l'établissement public d'emploi de l'agent ou la dernière collectivité territoriale ou le dernier établissement public d'emploi du retraité une convention de participation dans les conditions prévues au chapitre 2 du titre II du décret du 8 novembre 2011 susvisé.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels		
Arrêté NOR: BCFF0771961A	Arrêté NOR DEFH1020460A	Arrêté NOR: COTB1118917A (suite)	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels		

Annexe III

Article 1er Lorsqu'un adhérent ou souscripteur souhaite démissionner d'un organisme de référence, celui-ci lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation, en application de l'article 16-2 du décret du 19 septembre 2007 susvisé. Lorsque l'adhérent ou souscripteur ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme de référence lui adresse une attestation de non-majoration.	Article 1er Lorsqu'un adhérent ou souscripteur souhaite démissionner d'un organisme de référence, celui-ci lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation, en application de l'article 16 (2°) du décret du 5 juillet 2010 susvisé. Lorsque l'adhérent ou souscripteur ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme de référence lui adresse une attestation de non-majoration.	Article 2 Lorsqu'un adhérent ou souscripteur souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation, en application de l'article 28 du décret du 8 novembre 2011 susvisé. Lorsque l'adhérent ou souscripteur ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non-majoration.			

Annexe III

Article 2 Lorsque l'agent, actif ou retraité, âgé de plus de trente ans, adhère à un organisme de référence **sans avoir adhéré à un organisme de référence** l'année précédente, il lui **fournit les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique d'État**, ainsi que, le cas échéant, le justificatif mentionné à l'article 1er transmis par son dernier organisme de référence. Si l'ancienneté dans la fonction publique est supérieure à deux ans, l'organisme de référence détermine pour l'agent, actif ou retraité, un coefficient de majoration mentionné à l'article 16-2 du décret susvisé dans les conditions définies à l'article 3. Faute de pouvoir produire les documents mentionnés au premier alinéa, la durée totale de cotisation dans un	Article 2 Lorsque le militaire, actif ou retraité, âgé de plus de vingt-quatre ans, adhère à un organisme de référence **sans avoir adhéré à un organisme de référence** l'année précédente, il lui **fournit les documents permettant de justifier de sa date d'admission à l'état militaire** ainsi que, le cas échéant, le justificatif mentionné à l'article 1er transmis par son dernier organisme de référence. Si la durée des services militaires accomplis est supérieure à deux ans, l'organisme de référence détermine pour l'agent, actif ou retraité, un coefficient de majoration mentionné à l'article 16 (2°) du décret susvisé dans les conditions définies à l'article 3. Faute de pouvoir produire les documents mentionnés au premier alinéa, la durée totale de cotisation dans un	Article 3 Lorsque l'agent, actif ou retraité, âgé de plus de trente ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence d'un organisme **sans l'avoir souscrit l'année précédente**, il fournit à celui-ci le justificatif mentionné à l'article 2 transmis par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence. **Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure à la date de publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique**. Faute de pouvoir produire les documents mentionnés au premier alinéa, la durée totale de cotisation dans un	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	neutralisation des majorations pour adhésion tardive pour les moins de 30 ans (24 ans dans la FPM) la différence de rédaction des conditions de vérification de la situation antérieure est sans effet, dès lors que les pièces demandées sont les mêmes (justificatif éventuel de l'organisme précédent) ; les âges correspondent à ceux pris en compte pour le calcul des transferts de solidarité FPE – FPM : fourniture des documents attestant de la date d'entrée dans la fonction publique d'État en cas de nouvelle adhésion à un organisme de référence / FPT : seulement si cette entrée est postérieure au décret ; cette condition n'est vérifiable que si des pièces sont produites quel que soit l'âge (au moins jusqu'à la date à laquelle un agent de 30 ans ne pourra	La neutralisation des majorations en-deçà de 24 ou 30 ans n'est pas cohérente avec leur objectif, qui est d'assurer l'adhésion la plus précoce possible des assurés présentant les meilleurs risques.

organisme de référence depuis son entrée dans la fonction publique est présumée égale à 0. **Les dispositions du présent article prennent effet à compter de la seconde année de la convention immédiatement consécutive à l'entrée en vigueur du décret susvisé.**	organisme de référence depuis son admission à l'état militaire est présumée égale à 0. **Les dispositions du présent article prennent effet à compter de la seconde année de la convention immédiatement consécutive à l'entrée en vigueur du décret du 5 juillet 2010 susvisé.**	organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre la publication du décret et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.		avoir été embauché avant 2011)	
Article 3 (suite arrêté) Pour toute année non cotisée postérieure à l'âge de trente ans dans un organisme de référence **depuis la date d'entrée dans la fonction publique** ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à un organisme de référence, il est calculé une majoration égale à 2 % par année.	Article 3 (suite arrêté) Pour toute année non cotisée postérieure à l'âge de vingt-quatre ans dans un organisme de référence **depuis la date d'admission à l'état militaire** ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à un organisme de référence, il est calculé une majoration égale à 2 % par année.	Article 4 (suite arrêté) Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans **depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et la date d'entrée dans la fonction publique,** ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par l'organisme proposant une garantie de référence une majoration égale à 2 % par année.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	Les différences sont corrélées aux dispositions transitoires supra	

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme de référence lors de l'adhésion.	Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années de services militaires. Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme de référence lors de l'adhésion.	Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. ... Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme auprès duquel l'agent souhaite souscrire ou adhérer à une garantie de référence.			
Article 4 (suite arrêté) **Lors de chaque renouvellement de la convention, le coefficient de majoration est diminué de 0,5 % par année cotisée avant soixante ans depuis la date la plus récente entre le renouvellement de la dernière convention et la dernière adhésion de l'agent. Lorsque le résultat de ce calcul conduit à une majoration négative, la majoration est fixée à 0.**	Article 4 (suite arrêté) **Lors de chaque renouvellement de la convention, le coefficient de majoration est diminué de 0,5 % par année cotisée avant soixante ans depuis la date la plus récente entre le renouvellement de la dernière convention et la dernière adhésion du militaire. Lorsque le résultat de ce calcul conduit à une majoration négative, la majoration est fixée à 0.**			FPE - FPM : réduction de la majoration en fonction de la durée cotisée avant 60 ans / FPT : pas de réduction	Cette réduction permet de prendre en compte la durée effective de participation au mécanisme de solidarité. Elle peut être considérée comme une atténuation de l'effet de levier induit par les mesures transitoires décrit supra. Mais il serait plus cohérent dans cette logique d'en réserver l'application aux périodes antérieures à l'entrée en vigueur des décrets de 2007 et 2010.

Annexe III

Article 5 (suite arrêté) En cas de changement d'organisme de référence, l'agent, actif ou retraité, transmet à l'organisme de référence le justificatif mentionné à l'article 1er, **ainsi que sa durée d'affiliation depuis la date la plus récente entre le renouvellement de la dernière convention et sa dernière adhésion**. L'organisme de référence lui applique alors le coefficient de majoration figurant sur le justificatif.	Article 5 (suite arrêté) En cas de changement d'organisme de référence, le militaire, ou l'ancien militaire titulaire d'une pension militaire de retraite, transmet à l'organisme de référence le justificatif mentionné à l'article 1er **ainsi que sa durée d'affiliation depuis la date la plus récente entre le renouvellement de la dernière convention et sa dernière adhésion.** L'organisme de référence lui applique alors le coefficient de majoration figurant sur le justificatif.	Article 5 (suite arrêté) L'agent ou le retraité qui résilie sa garantie de référence pour une autre garantie de référence dans un autre organisme transmet à celui-ci le justificatif mentionné à l'article 2. L'organisme lui applique alors le coefficient de majoration figurant sur le justificatif.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE – FPM : mention de la durée d'affiliation (nécessaire pour le calcul de la réduction mentionnée supra)	
Article 6 (suite arrêté) **À partir de la seconde année de la convention immédiatement consécutive à l'entrée en vigueur du décret du 19 septembre 2007 susvisé, les agents ou retraités de l'État ou de ses établissements publics qui ont adhéré la première année à un organisme de référence**	Article 6 (suite arrêté) **À partir de la seconde année de la convention immédiatement consécutive à l'entrée en vigueur du décret du 5 juillet 2010 susvisé, les militaires ou les anciens militaires titulaires d'une pension militaire de retraite qui ont adhéré la première année à un organisme de**	Article 4 (suite arrêté) ... **Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés.**	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	cf. commentaire supra sur les dispositions transitoires des décrets	

sont présumés y avoir adhéré depuis leur entrée dans la fonction publique. En revanche, ceux qui n'ont pas adhéré la première année sont présumés ne jamais y avoir adhéré.	**référence sont présumés y avoir adhéré depuis leur admission à l'état militaire. En revanche, ceux qui n'ont pas adhéré la première année sont présumés ne jamais y avoir adhéré.**				

3.1.2. Autres principes (absence de tarification selon l'état de santé, contenu des garanties, solidarité familiale)

Article 20 Pour les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les contrats ou règlements doivent prévoir que : 1° 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 ;	Article 20 Pour les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les contrats ou règlements doivent prévoir que : 1° 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 ;	Article 28 (suite) ... 3° Les contrats et règlements prévoient que : a) 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 ;	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels		
2° 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.	2° 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.	b) 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 ;	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	Le renvoi à l'article L. 322-2 est obsolète - la participation forfaitaire aux soins ambulatoires est désormais régie par l'article L. 160-13 du même code et sa prise en charge est désormais exclue par l'article L. 871-1 lui-même	dispositions à abroger
		c) Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi du souscripteur ;	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE – FPM : pas de disposition / FPT : interdiction de moduler les	La première interdiction a une portée pratique limitée (une modulation en fonction de la nature de l'emploi est

		d) Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction du sexe du souscripteur ; ...		cotisations en fonction de l'emploi ou du genre	interdite aux mutuelles) mais son application à toutes les fonctions publiques serait logique. La seconde interdiction est inutile, car elle découle depuis le 21 décembre 2012 de la jurisprudence de la CJUE (arrêt C236/09 ASBL du 1er mars 2011).
Article 23 La garantie relative au remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident doit assurer un montant de remboursement ou d'indemnisation qui ne peut être inférieur à un minimum fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique.	Article 23 La garantie relative au remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident doit assurer un montant de remboursement ou d'indemnisation qui ne peut être inférieur à un minimum défini par arrêté conjoint du **ministre de la défense**, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique.	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**.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	voir infra (arrêté d'application)	
Arrêté NOR BCFF0771955A Article 1 Les garanties relatives au remboursement ou à	Arrêté NOR DEFH1020424A Article 1 Les garanties relatives au remboursement ou à	dispositions FPE applicables	dispositions FPE applicables	dispositions obsolètes au regard du renvoi général à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et (implicitement) des	dispositions à abroger

l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident qui sont proposées par les organismes de référence mentionnés à l' article 3 du décret du 19 septembre 2007 susvisé doivent comprendre au moins **la prise en charge des consultations et prestations telle que prévue à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale**. Article 2 **À l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé**, les garanties visées à l'article 23 du décret du 19 septembre 2007 susvisé comprennent au moins **la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 160-16 du code de la sécurité sociale.**	l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident qui sont proposées par les organismes de référence mentionnés à l'article 3 du décret du 5 juillet 2010 susvisé doivent comprendre au moins **la prise en charge des consultations et prestations telle que prévue à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale**. Article 2 **À l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé,** les garanties visées à l'article 23 du décret du 5 juillet 2010 susvisé comprennent au moins la **prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 160-16 du code de la sécurité sociale. La durée de**			dispositions nécessaires à son application : - l'article R. 871-1 du même code ne liste que des exclusions (majoration en l'absence de médecin traitant et dépassements d'honoraires hors prescription de celui-ci) ; les prestations prises en charge sont désormais prévues à l'article R. 871-2 (y inclus le « 100% santé ») ; - l'article R. 871-2 est plus favorable aux assurés, notamment : . en ce qu'il ne plafonne pas la prise en charge de la participation en cas d'hospitalisation ; . en ce qu'il envisage également la prise en charge de la participation hors hospitalisation.	

La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.	**prise en charge est d'au moins trois cent soixante-cinq jours** et son montant est limité aux frais exposés.				
Article 18 Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.	Article 18 Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.	Article 29 Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	solidarité familiale	

3.2. Prévoyance (prestations en espèces)

Article 24 La garantie relative à la couverture du risque **incapacité de travail** doit assurer, déduction faite du maintien de la rémunération versée par l'employeur public ou des indemnités journalières de sécurité sociale, un **montant correspondant au minimum à 75 % du traitement indiciaire brut, et au plus à 100 % de la rémunération nette totale**.	Article 24 La garantie relative à la couverture du risque **inaptitude à servir** doit assurer, déduction faite du maintien de la rémunération versée par le ministère de la défense, un **montant correspondant au minimum à 75 % de la solde indiciaire brute annuelle et au plus à 100 % de la rémunération annuelle nette totale.**	Chapitre III : Principes de solidarité relatifs aux garanties incapacité, invalidité et décès Article 30 Les contrats et règlements mentionnés à l'article 2 prévoient **au moins la couverture du risque incapacité de travail**.	dispositions communes aux conventions de participation et aux labels	FPE – FPM : encadrement du maintien de salaire / FPT : ni minimum ni maximum	L'absence de socle minimal du côté FPT rend l'obligation sans véritable portée. Les mêmes dispositions devraient logiquement s'appliquer.
Article 15 (suite) ... Le tarif applicable aux garanties relatives aux risques incapacité, invalidité et décès respecte les contraintes prévues au 3° de l'article 16.	Article 15 (suite) ... Le tarif applicable aux garanties relatives aux risques incapacité, invalidité et décès respecte les contraintes prévues au 3° de l'article 16.	Article 31 **Les contrats et règlements faisant l'objet d'une opération collective facultative répondent aux critères suivants :**	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**	FPT : la notion d'opération collective facultative est interprétée par la circulaire du 25 mai 2012 du ministère de l'intérieur comme ne concernant que les conventions de participation. De fait les dispositions de l'article 31, en ce qu'elles se réfèrent à la date d'effet du contrat ou règlement et à la date d'embauche, ne sont pas en	Il n'y a aucune justification à ce que les contrats et règlements labellisés en prévoyance ne soient soumis à aucune règle de solidarité (en contradiction avec la loi).

				pratique applicables aux contrats et règlements labellisés.	
Article16 (suite) ... 3° Pour les garanties incapacité, invalidité et décès, **la tarification ne peut être établie sur la base d'un questionnaire médical que lorsque l'adhésion est postérieure de cinq ans à l'entrée dans la fonction publique. ...** Article 28 **... la condition d'ancienneté prévue au 3° [de l'article 16] ne s'appliqu[e] pas lorsque l'adhésion à l'organisme de référence choisi par l'employeur public intervient durant la première année de mise en œuvre d'une première convention par cet employeur.** ...	Article16 (suite) ... 3° Pour les garanties d'inaptitude à servir, d'invalidité et de décès, **la tarification ne peut être établie sur la base d'un questionnaire médical que lorsque l'adhésion est postérieure de deux ans à l'entrée au ministère de la défense. ...** Article 27 ... **la condition d'ancienneté prévue au 3° [de l'article 16] ne s'appliqu[e] pas lorsque l'adhésion à l'organisme de référence choisi par l'employeur public intervient durant la première année de mise en œuvre d'une première convention par cet employeur**. ...	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.**	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**	l'absence de condition d'âge pour l'adhésion explicitement prévue pour la FPT est applicable aux deux autres fonctions publiques (cf. le 2° supra de l'article 16 pour la FPE et la FPM, dès lors que l'adhésion est groupée, pour les actifs, au titre des prestations en nature et en espèces) FPE : questionnaire médical possible à partir de 5 ans après l'entrée dans la FP (2 ans pour la FPM), au-delà d'un an après la première convention de référencement / FPT : à partir de 6 mois après la date d'effet du contrat ou règlement ou de l'embauche si elle est postérieure	L'absence de questionnaire médical pourrait être appliquée aux offres labellisées sous réserve d'un délai décompté, comme dans la FPE et la FPM, à partir de l'entrée dans la fonction publique. L'ensemble des délais applicables dans les différentes fonctions publiques devraient être harmonisés, sinon identiques, et articulés avec le délai d'application des majorations pour adhésion tardive en matière de prestations en nature.

		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.		FPT : possibilité d'exclusion des agents en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou règlement	
Article 16 (suite) ... Les cotisations sont établies en fonction du traitement ou de la rémunération.	Article 16 (suite) ... Les cotisations sont établies en fonction de la rémunération.	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 ;	**dispositions sans équivalent pour la labellisation**	FPE – FPM : cotisation en fonction de la rémunération (n'implique pas un taux unique) / FPT : taux de cotisation uniforme	
Article 25 **La garantie relative à la couverture du risque lié à l'invalidité permanente et absolue doit prévoir le versement d'un capital en cas d'invalidité d'un montant correspondant au minimum à 70 % du traitement indiciaire brut annuel.**	Article 25 **La garantie relative à la couverture du risque lié à l'invalidité permanente et absolue doit prévoir le versement d'un capital en cas d'invalidé d'un montant correspondant au minimum à 70 % de la solde indiciaire brute annuelle.**			FPE – FPM : socle minimal en capital / FPT : pas de minimum	Réflexion à conduire sur le socle FPE – FPM (très minimal par son fait générateur et son versement en capital et non en rente)
Article 26 **La garantie relative à la couverture du risque lié au**	Article 26 **La garantie relative à la couverture du risque lié au**			FPE – FPM : socle minimal / FPT : pas de minimum	

décès doit prévoir le versement d'un capital en cas de décès correspondant au minimum à 70 % du traitement indiciaire brut annuel.	**décès doit prévoir le versement d'un capital en cas de décès correspondant au minimum à 70 % de la solde indiciaire brute annuelle.**				

ANNEXE IV

Stratégie des employeurs publics en matière de protection sociale complémentaire

Annexe IV

SOMMAIRE

1. LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE REPOSE SUR UNE PROCÉDURE COMPLEXE ET FAIBLEMENT IMBRIQUÉE DANS LA FPE AVEC LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES 2

1.1. Malgré des tentatives de mise en cohérence, les modalités de recours à la PSC restent éclatées et centrées sur une approche tarifs/garanties qui ne correspond pas au cœur de métier des DRH 2

1.1.1. Le recours à la PSC est d'autant plus lourd qu'il tend à être mis en œuvre par les employeurs de façon isolée et sur la base de critères qui leur sont propres 2

1.1.2. En matière d'approches tarifs/garanties, les ministères ont fait des choix différents, dont la pertinence est parfois questionnée par les organismes référencés 7

1.2. Du fait de sa technicité, la stratégie de recours et de suivi de la PSC est en grande partie externalisée, ce qui ne favorise pas son imbrication avec la gestion des ressources humaines 12

1.2.1. L'ensemble des ministères délèguent à des prestataires la définition de la stratégie de recours à la PSC, ainsi que leur suivi qui reste très circonscrit 12

1.2.2. Dans la FPE, le recours à la PSC est davantage dissocié de la gestion des ressources humaines que dans les collectivités territoriales 15

2. DANS LE CADRE DU DEUXIÈME RÉFÉRENCEMENT, LES MINISTÈRES ONT MISÉ SUR UN RECOURS ACCRU À LA CONCURRENCE POUR DIMINUER LES TARIFS, AVEC DES PREMIERS RÉSULTATS QUI REMETTENT EN CAUSE LES OBJECTIFS MÊMES DE CE DISPOSITIF 17

2.1. Conformément aux objectifs d'amélioration du rapport garanties/prix poursuivis par les ministères, le deuxième référencement s'est traduit par une relative ouverture du marché des organismes référencés 17

2.1.1. Une partie des ministères affirment avoir utilisé le levier de la mise en concurrence pour obtenir un meilleur rapport qualité/prix, sans qu'il ne soit possible de l'objectiver 17

2.1.2. Au total, 16 organismes sont référencés dans le cadre du deuxième référencement contre 10 en 2015, avec l'entrée de nouveaux acteurs distincts des mutuelles historiques 18

2.2. S'il est trop tôt pour apprécier les conséquences du deuxième référencement, les premières données disponibles indiquent une ouverture en trompe l'œil qui pourrait compromettre la solidarité intergénérationnelle et le soutien financier à la PSC 21

2.2.1. Les conditions de mise en œuvre du deuxième référencement, marqué par une pression accrue sur le rapport tarifs/garanties, ont contribué à le vider en partie de sa substance 21

2.2.2. Le défaut de bascule du stock des adhérents vers les offres nouvellement référencés compromet la possibilité d'au moins quatre ministères de participer financièrement à la PSC 22

Annexe IV

INTRODUCTION

La stratégie des employeurs publics en matière de protection sociale complémentaire (PSC), quoiqu'encadrée par des règles communes (cf. annexe n° III), obéit à des logiques hétérogènes. Elle se caractérise à titre principal par :

- une imbrication de niveau variable, et particulièrement faible s'agissant de la fonction publique d'État (FPE), avec la stratégie globale de gestion des ressources humaines, s'agissant d'une démarche complexe, faiblement mutualisée et en grande partie externalisée (1) ;
- une utilisation croissante, dans le cadre du deuxième référencement, du levier de la mise en concurrence dans le but d'améliorer le rapport prix/garanties, se traduisant par une ouverture en trompe l'œil du marché avec des résultats qui remettent en cause la pertinence même du dispositif, et la possibilité pour les employeurs de le soutenir financièrement (2).

1. La protection sociale complémentaire repose sur une procédure complexe et faiblement imbriquée dans la FPE avec la gestion des ressources humaines

1.1. Malgré des tentatives de mise en cohérence, les modalités de recours à la PSC restent éclatées et centrées sur une approche tarifs/garanties qui ne correspond pas au cœur de métier des DRH

1.1.1. Le recours à la PSC est d'autant plus lourd qu'il tend à être mis en œuvre par les employeurs de façon isolée et sur la base de critères qui leur sont propres

1.1.1.1. Chaque ministère a abordé le deuxième référencement de façon relativement spécifique, au détriment d'un rôle de coordination et de conseil plus poussé que pourrait jouer la DGAFP

En prenant appui sur une partie des recommandations du rapport IGF-IGAS-IGA de 2015 sur la PSC, **la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), en lien avec la Direction de la sécurité sociale (DSS), a cherché à harmoniser les démarches mises en œuvre par les ministères en amont du deuxième référencement**. La circulaire du 27 juin 2016[1] relative à la procédure de référencement dans la FPE visait à mieux encadrer la procédure à travers :

- un rappel des règles applicables au référencement (couplage des garanties, modalités de calcul des transferts de solidarité, contenu des contrats responsables…) ;
- une aide à la définition du cahier des charges (recommandant en particulier la proposition de trois options par type de couverture dans le cadre de garanties définies par l'employeur, excluant la dépendance et présentées de façon standardisée) ;
- des recommandations sur la mise en œuvre de la procédure de référencement (définition des populations concernées, choix du nombre d'organismes à référencer, critères de pondération, constitution des caractéristiques qualitatives et quantitatives de la population à couvrir…) ;
- la mise à disposition d'un dossier de candidature type ;
- des recommandations sur le pilotage et le suivi du référencement ainsi que la bonne information des agents.

[1] NOR : RDFFF1609362C

Si cette circulaire a contribué à un certain degré d'harmonisation dans les documents élaborés à l'occasion de l'appel public à concurrence, plus ou moins inspirés de ceux proposés par la DGAFP et la DSS, **les ministères ont indiqué à la mission avoir mené cette démarche de façon très autonome, ce qui se traduit par un constat global d'hétérogénéité dans** :

- le calendrier du deuxième référencement qui a été initié selon les ministères entre 2017 et 2019, avec un délai moyen entre les deux référencements de 7 mois (cf. tableau 1) ;
- le choix de référencer un ou plusieurs organismes, quatre ministères[2] sur huit ayant privilégié la première option ;
- les critères de pondération mis en œuvre, au sein desquels celui relatif aux transferts de solidarité est en moyenne sous-pondéré par rapport aux recommandations de la DGAFP[3] au bénéfice d'autres critères parfois non explicitement prévus par le décret du 19 septembre 2007 (ex : qualité de service), sans qu'un lien évident puisse être établi *in fine* entre ces choix de pondération et la nature des offres référencées par ministère (cf. tableau 2) ;
- le nombre d'options en santé et prévoyance prévues par les cahiers des charges (cf. tableau 3), situé entre 1 et 4, ainsi que la structure tarifaire associée à ces options (cf. 1.1.2) ;
- le degré d'investissement des ministères dans l'information réalisée auprès des agents sur le référencement, certains d'entre eux (ex : Éducation nationale, Justice) ayant fait le choix de déléguer en grande partie cette démarche aux organismes référencés.

Une partie des responsables ministériels rencontrés par la mission soulignent qu'ils souhaiteraient bénéficier d'un appui renforcé de la part de la DGAFP, au-delà des questions procédurales, sur un sujet qu'ils estiment à la frontière de leur champ de compétence centré sur l'action sociale. Ils appellent aussi, en particulier pour les plus petits d'entre eux, à **une plus grande mutualisation des moyens mis en œuvre**, le cas échéant en élargissant l'échelle du référencement. À ce jour, seul le ministère de la culture a choisi, pour le premier comme pour le deuxième référencement, de s'associer à la procédure engagée par un autre ministère, en l'espèce le ministère de l'éducation.

[2] Justice, Transition écologique et solidaire, Affaires étrangères, Économie et finances.

[3] La pondération préconisée par la DGAFP dans la circulaire du 27 juin 2016 est la suivante : rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé (30 %) ; degré effectif de solidarité entre les adhérents ou souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération (40 %) ; maîtrise financière du dispositif (20 %) ; moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques (10 %) ; tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination et adapté à la couverture de la population intéressée (pondération à déterminer en veillant à l'équilibre entre chacun des critères).

De son côté, la DGAFP constate paradoxalement avoir été peu sollicitée par les ministères dans le cadre du deuxième référencement et n'avoir pas obtenu systématiquement les éléments sollicités dans le cadre de la circulaire du 27 juin 2016[4]. Des échanges ont certes été organisés par la DGAFP en amont de la diffusion de la circulaire puis en mars 2017, associant les organisations syndicales (OS) et les DRH ministérielles. Toutefois, comme l'indique elle-même la DGAFP, **(i) il n'existe pas aujourd'hui de réseau interministériel, et *a fortiori* inter-fonctions publiques, sur la PSC et (ii) la direction, du fait de son absence de vision globale fondée sur une connaissance précise des besoins et pratiques des ministères[5], peine à se positionner comme un pivot**. S'agissant de la DSS, elle tend à considérer que ce sujet, sur laquelle elle n'a pas non plus livré à la mission de vision précise, est incident par rapport à ses travaux plus généraux sur le rapport entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire[6]. Finalement, les acteurs concourant dans une plus grande mesure à une harmonisation des démarches entre ministères et ayant la vision la plus étayée des limites du référencement sont les prestataires privés auxquels recourent les ministères, en particulier lorsqu'ils interviennent pour le compte de plusieurs employeurs (cf. 1.2.1).

Tableau 1 : Dates de fin du premier référencement et d'entrée en vigueur du deuxième référencement par ministère[7]

Ministères	Fin du premier référencement	Début du deuxième référencement	Délai entre le premier et le deuxième référencement (en nombre de jours)
Ministères économiques et financiers	31/12/2017	01/06/2017	152
Éducation nationale et recherche	30/06/2017	01/01/2018	185
Transition écologique et solidaire	31/12/2015	01/01/2019	1 097
Ministères sociaux	31/12/2017	01/07/2018	182
Armées	31/12/2017	01/01/2018	0
Justice	31/03/2017	28/09/2017	181
Agriculture et alimentation	31/12/2015	01/01/2017	367
Affaires européennes et étrangères	31/12/2017	01/01/2017	0

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[4] La circulaire précisait que les services devaient communiquer annuellement à la DSS et à la DGAFP le montant des participations versées, ventilées par organisme de référence, ainsi que le nombre d'agents actifs et retraités adhérant aux offres référencées.

[5] La mission n'a pas identifié de notes adressées par la DGAFP sur le sujet de la PSC aux cabinets depuis 2015. Concernant les recommandations du rapport IGF-IGAS-IGA de 2015 sur la PSC, la DGAFP a indiqué à la mission avoir reçu mandat de ne pas mettre en œuvre celles qui impliquaient des modifications réglementaires sans prendre position sur leur fond.

[6] La dernière note adressée par la DSS à ses cabinets sur la PSC des agents publics, qui recommandait le recours à une mission IGAS-IGF pour faire le bilan du dispositif, date de mars 2013.

[7] Le ministère de la culture a choisi, pour le premier comme pour le deuxième référencement, d'engager une procédure commune avec le ministère de l'éducation nationale.

Annexe IV

Tableau 2 : Pondération par ministère des critères définis par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 (en %)

Ministères	Rapport entre qualité des garanties et tarif proposé	Degré effectif de solidarité	Maîtrise financière du dispositif	Moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés/exposés aux risques	Critère(s) supplémentaire(s) (O/N)	Utilisation de sous-critères (O/N)
Ministères économiques et financiers	30	40	20	10	-	N
Éducation nationale et recherche	25	45	15	10	O[8]	O
Transition écologique et solidaire	30	35	15	10	O[9]	N
Ministères sociaux	40	20	15	15	O[10]	N
Armées	25	45	15	10	O[11]	O
Justice	30	35	15	15	O[12]	O
Agriculture et alimentation	40	25	20	15	N	N
Affaires européennes et étrangères	30	10	30	10	O[13]	O
Moyenne	**30**	**33**	**18**	**12**	**7**	-

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[8] Dispositif d'accompagnement proposé par l'organisme (5 points).

[9] Qualité de service (10 points).

[10] Qualité de service (10 points).

[11] Dispositif d'accompagnement proposé par l'organisme (5 points).

[12] Qualité de service (5 points).

[13] Dispositif d'accompagnement proposé par l'organisme (20 points).

Tableau 3 : Nombre d'options santé et prévoyance prévues par les cahiers des charges ministériels dans le cadre du deuxième référencement

Ministères	Nombre d'options santé prévues	Nombre d'options prévoyance prévues
Ministères économiques et financiers	3	2
Éducation nationale et recherche	3	3
Transition écologique et solidaire[14]	3	3
Ministères sociaux	4	3
Armées	3	4
Justice	4	4
Agriculture et alimentation	3	3
Affaires européennes et étrangères	3	1

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

1.1.1.2. Dans la fonction publique territoriale, le recours à la mutualisation en matière de PSC resterait d'une ampleur limitée

Les centres de gestion (CDG) peuvent proposer à leurs collectivités membres de souscrire à une convention, proposant une couverture en santé et/ou prévoyance, négociée pour leur compte avec un organisme complémentaire[15]. Toutefois, (i) il ne s'agit pas d'une compétence obligatoire des centres de gestion[16] (ii) seules les collectivités ayant donné mandat au centre de gestion peuvent *in fine* souscrire ou pas à la convention et (iii) il n'est pas possible aux collectivités qui se manifesteraient après la signature de la convention d'être rattachées au contrat conclu.

[14] La DGAC a prévu dans son cahier des charges trois options en santé et trois en prévoyance.

[15] 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 au décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

[16] Selon le rapport IGF-IGAS-IGA de 2015, les centres de gestion n'avaient pas tous opté pour la nouvelle compétence que leur attribuait le législateur. 51 % d'entre eux, d'après l'enquête réalisée par l'association des directeurs de centre de gestion en février 2015, ne proposaient pas de convention de participation.

1.1.2. En matière d'approches tarifs/garanties, les ministères ont fait des choix différents, dont la pertinence est parfois questionnée par les organismes référencés

1.1.2.1. Il est très difficile de comparer les approches tarifs/garanties privilégiées par les ministères du fait de leur diversité et de leur complexité croissantes

La comparaison du rapport tarifs/garanties, que ce soit entre les deux référencements (cf. 0) ou entre ministères, est un exercice délicat en raison de (i) l'absence d'homogénéité de présentation des garanties comme des tarifs (ii) et de la nécessité d'apprécier finement, pour chaque offre référencée, le contenu des garanties santé et prévoyance proposées, dont le nombre a crû entre les deux référencements (cf. annexe n° VIII). Sur le strict plan de la structure tarifaire, une comparaison entre ministères (cf. tableau 4) limitée au premier niveau de garanties en santé permet de mettre en avant les constats suivants :

- six ministères sur huit ont choisi de moduler les cotisations associées aux garanties santé du référencement en fonction du niveau de revenus des agents selon des modalités variables[17] et globalement peu redistributives entre les bas et les hauts revenus : par exemple, à l'Agriculture, le tarif de la tranche la plus élevée n'est que 1,4 fois supérieur à celui de la plus faible[18]. Certains ministères appliquent toutefois une tarification plus distributive avec une cotisation santé exprimée en pourcentage de la rémunération, assortie d'un plancher et d'un plafond : le rapport entre le tarif le plus élevé et le plus faible atteint ainsi 2,6 à la Transition écologique et 3 à l'Éducation nationale ;
- tous les ministères sauf un (Transition écologique) ont choisi de moduler les tarifs santé en fonction de l'âge mais sur la base de tranches variables, pouvant inclure des réductions tarifaires pour les moins de 30 ans[19] et, pour les retraités, une absence d'évolution des tarifs au-delà d'un âge déterminé ;
- le ratio entre la cotisation d'un actif de 30 ans et celui d'un retraité de 75 ans (à structure familiale, niveau de revenu et choix de garanties égaux), qui permet d'apprécier le ratio prévu par le décret du 19 septembre 2007[20], s'élève en moyenne à deux dans l'ensemble des contrats référencés par ministère et peut aller du simple au double entre deux ministères (les Affaires étrangères présentent le ratio le plus faible à 0,9, traduisant des tarifs particulièrement favorables pour les retraités par rapport à ceux offerts actifs, alors même que le critère de solidarité effective y était le plus faiblement pondéré dans le cahier des charges, tandis que ce ratio est de 2,9 à l'Agriculture) ;

---

[17] Les cotisations en matière de prévoyance sont toujours exprimées en pourcentage du niveau de revenu. Concernant les garanties santé, en cas de modulation selon le niveau de revenus des agents, l'assiette prise en compte peut être le traitement indiciaire brut (ministères économiques et financiers et ministère de la justice) ou la rémunération nette imposable (ministère de la transition écologique et solidaire, ministère de l'agriculture)., ministère de l'éducation nationale). La modulation peut se traduire par un tarif distinct selon les tranches indiciaires ou par l'application d'un pourcentage à l'assiette de rémunération. Dans le cas des ministères économiques et financiers, le tarif inclut une part proportionnelle en fonction du revenu et une part forfaitaire en fonction de l'âge.

[18] Offre de base HFP, individu de 30 ans.

[19] C'est le cas dans les ministères économiques et financiers.

[20] L'article 16 du décret du 19 septembre 2017 prévoit que « *Le rapport entre la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent 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 des éventuelles pénalisations prévues au 2°* [majorations tarifaires appliquées en cas d'adhésion à un organisme référencé plus de deux ans après l'entrée dans la fonction publique]».

- seuls trois ministères rappellent dans le cahier des charges le principe de la majoration pour adhésion tardive à un organisme référencé (plus de deux ans après l'entrée dans la fonction publique - cette règle est d'ordre public, mais aucun des organismes référencés rencontrés par la mission n'a indiqué en faire application) ;
- enfin, tous les ministères proposent des minorations tarifaires pour les ayants droit (conjoints et enfants) plus ou moins avantageuses par rapport aux tarifs proposés aux adhérents, allant jusqu'à prévoir des exonérations de cotisations dès le deuxième enfant[21].

Concernant les évolutions tarifaires annuelles, elles complexifient également l'exercice de comparaison entre les choix effectués par les ministères dans le cadre des cahiers des charges, voire au sein d'un même ministère comme l'Éducation nationale parmi les organismes référencés qui appliquent des normes d'évolution annuelle différentes. En effet, comme le montre le tableau 5, les plafonds annuels d'évolution maximale des tarifs présentent des écarts entre ministères. Ces plafonds sont exprimés à participation financière des employeurs et cadre réglementaire constants. Ainsi, les tarifs pourraient être amenés à évoluer, au-delà des plafonds inscrits dans les cahiers des charges, en fonction de la façon dont les organismes référencés répercuteront, le cas échéant selon leur structure démographique et le contenu des contrats proposés, l'impact de la réforme « 100 % santé ». Les organismes complémentaires référencés ont indiqué à la mission être en train d'apprécier l'impact de cette réforme, qui pourrait les amener à négocier des augmentations tarifaires supérieures à celles prévues par les cahiers des charges.

[21] Le décret du 19 septembre 2007 prévoit une exonération de la cotisation à partir du quatrième enfant.

Annexe IV

Tableau 4 : Comparaison de la structure des tarifs pratiqués par les organismes référencés au sein de chaque ministère en 2019 pour les garanties santé de base

Ministères	Prise en compte des revenus dans la fixation des tarifs (O/N)	Ratio moyen entre la cotisation d'un actif de 30 ans et celle d'un retraité de 75 ans (offre de base)[22]	Possibilité d'appliquer une majoration tarifaire en cas d'adhésion tardive mentionnée dans le cahier des charges
Ministères économiques et financiers[23]	O[24]	1,7	O
Éducation nationale	O[25]	2,9	N
Transition écologique et solidaire[26]	O[27]	1,2[28]	O
Ministères sociaux	O[29]	2,6	N
Armées	N	2,2[30]	N
Justice	O[31]	1,4	N
Agriculture et alimentation	O[32]	2,9	N
Affaires européennes et étrangères	O[33]	0,9[34]	O
Moyenne	-	2,0	-

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[22] Plus le ratio est élevé, plus l'écart entre le tarif d'un actif de trente et celui d'un retraité de 75 ans est important sachant que, conformément au décret du 19 septembre 2017, il ne peut pas être supérieur à trois.

[23] Un seul organisme référencé : MGEFI.

[24] Le tarif est constitué d'une part proportionnelle au traitement indiciaire brut et d'une part forfaitaire variant en fonction de l'âge.

[25] Taux de cotisation sur la rémunération brute fiscale, assorti d'un plancher et d'un plafond pour deux des trois offres référencées.

[26] Un seul organisme référencé : MGET.

[27] Modulation des tarifs en fonction de la rémunération nette imposable.

[28] Le cahier des charges ne prévoit pas de modulation des tarifs en fonction de l'âge. En revanche, le tarif des agents retraités se distingue de celui des agents actifs. Le ratio a été calculé ici en rapportant le tarif plancher des retraités à celui des agents actifs pour l'offre santé de base.

[29] Le cahier des charges prévoyait 13 tranches de TIB. Les deux offres retenues ont appliqué cette possibilité de manière restrictive : pas de modulation dans l'option de base pour l'une, modulation de 10 % entre la tranche la plus basse et la tranche la plus haute dans l'option de base pour l'autre.

[30] Moyenne calculée sur les quatre organismes référencés et sur les deux lots (civils et militaires).

[31] Modulation des tarifs en fonction du traitement indiciaire brut ou du salaire de base pour les contractuels.

[32] Modulation des tarifs en fonction de la rémunération annuelle.

[33] Modulation des tarifs en fonction du traitement indiciaire brut (TIB) avec deux pourcentages différents selon que l'indice hiérarchique est inférieur ou supérieur à 474. Il a été ici fait le choix d'appliquer le coefficient de 2,44 % propre au TIB inférieur à 474.

[34] Pour un retraité de 75 ans soumis à l'imposition sur les revenus.

Annexe IV

Tableau 5 : Évolution tarifaire annuelle maximale prévue dans le cadre du deuxième référencement par ministère (en %)

Ministères	Évolution tarifaire annuelle maximale prévue par le cahier des charges
Ministères économiques et financiers	2,0
Éducation nationale	5,0[35]
Transition écologique et solidaire	1,5[36]
Ministères sociaux	2,5[37]
Armées	5,0[38]
Justice	2,25
Agriculture et alimentation	-[39]
Affaires européennes et étrangères	3,0-5,0[40]

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[35] Le cahier des charges prévoit une période de maintien des taux de cotisation. À l'issue de cette période, les parties engagent une négociation pour application éventuelle de la revalorisation annuelle des cotisations qui, sauf modification de la législation et de la réglementation applicable en matière de PSC, ne pourra excéder 5 % tant en santé qu'en prévoyance. Parmi les trois organismes référencés, la MGEN s'est engagé sur un maintien des taux de cotisation pour 1,5 an, CNP pour 3 ans et Intériale pour 7 ans.

[36] Le cahier des charges prévoit la stabilité des cotisations pendant 3 ans entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2021 puis une augmentation annuelle de 1,5 %.

[37] Le cahier des charges demande aux organismes de fixer une période de maintien des taux de cotisation (proposition de 4 ans pour l'un et de 2,5 ans pour l'autre). À l'issue de cette période, les parties engagent une négociation pour application éventuelle de la revalorisation annuelle des cotisations qui, sauf modification de la législation et de la réglementation applicable en matière de PSC, ne pourra excéder 2,5 % tant en santé qu'en prévoyance.

[38] Le cahier des charges demande aux organismes de fixer une période de maintien des taux de cotisation (proposition de 2 à 4 ans selon les offres santé). À l'issue de cette période, les parties engagent une négociation pour application éventuelle de la revalorisation annuelle des cotisations qui, sauf modification de la législation et de la réglementation applicable en matière de PSC, ne pourra excéder 5 % tant en santé qu'en prévoyance.

[39] Pas de limite d'évolution tarifaire annuelle fixée dans le cahier des charges.

[40] Augmentation tarifaire annuelle maximale de 3 % en prévoyance et de 5 % en santé hors augmentation du PMSS, hors évolution réglementaire.

1.1.2.2. Les cahiers des charges du deuxième référencement ainsi que les modalités d'application des critères de pondération sont jugés trop contraignants, voire non pertinents, par une partie des acteurs

Dans le cadre du deuxième référencement, conformément à cet égard aux préconisations de la DGAFP et de la DSS, les ministères ont fait le choix de définir de façon stricte dans les cahiers des charges les garanties et tarifs attendus. Ce travail de définition du rapport tarifs/garanties, étranger au métier des responsables ministériels de l'action sociale, a été externalisé en grande partie auprès de cabinets d'actuaires sans que les autres parties prenantes aient été consultées :

- selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, si des réunions ont eu lieu avec les organisations syndicales en amont du lancement de la procédure de référencement, aucune d'entre elles, en dehors des ministères économiques et financiers et du ministère de la transition écologique[41], n'a pu prendre position sur le contenu du projet de cahier des charges ;
- dans le but de respecter les obligations de transparence et de non-discriminations posées par le décret du 19 septembre 2007, les organismes référencés dans le cadre du premier référencement n'ont pas été consultés non plus en amont du lancement de la nouvelle procédure.

Ni les ministères ni les organismes référencés n'ont pu fournir à la mission de comparaison du rapport tarifs/garanties entre les deux référencements, y compris lorsque l'amélioration de ce rapport était mise en avant comme le principal acquis de la procédure**.** Les organismes complémentaires rencontrés par la mission regrettent que l'absence de consultation des organisations syndicales sur le cahier des charges, conjuguée au défaut de dialogue avant et pendant la procédure entre les ministères et les organismes candidats, ait pu parfois conduire à déterminer des garanties et/ou des tarifs jugés moins favorables ou pertinents que les précédents[42]. Ils soulignent aussi le fait que, en dehors des ministères économiques et financiers, le cahier des charges du deuxième référencement leur interdisait de proposer des variantes, quand bien même elles auraient pu selon eux répondre aux attentes des agents. Le point d'insatisfaction le plus souvent évoqué concerne l'exclusion de la garantie dépendance du cahier des charges, qui correspondrait selon les organismes référencés à une demande des agents, pouvant expliquer qu'une partie d'entre eux continuent d'adhérer aux offres anciennement référencés. Un autre point important est l'impossibilité d'une adhésion groupée à une mutuelle d'action sociale, telle que prévue à l'article L. 111-3 du code de la mutualité et particulièrement structurante pour la MGEN.

[41] Le ministère de la transition écologique et solidaire est également le seul ministère à avoir signé en novembre 2018 une convention avec trois organisations syndicales représentatives ayant pour objet la protection sociale complémentaire dans le cadre du deuxième référencement.

[42] À titre d'exemple, le ministère des affaires étrangères a souhaité que les candidats proposent des garanties d'entrée de gamme qui, selon la mutuelle référencée, ne répondent pas aux attentes des agents. Inversement, le ministère de l'agriculture a tenu à inclure une offre avec un niveau de garanties très avantageux qui, selon l'une des mutuelles référencées, présente un déséquilibre qui n'est pas soutenable sur la durée.

Le caractère à la fois étriqué et flou des critères de pondération mis en œuvre par les ministères à l'occasion du deuxième référencement fait également l'objet de critiques de la part des organismes complémentaires mais également des prestataires qui se sont efforcés d'en faire l'application :

- ces critères accorderaient une place trop importante à la dimension tarifaire des offres, au détriment d'autres aspects comme la qualité de service (délais de traitement des dossiers, canaux privilégiés pour répondre aux adhérents, accompagnement des adhérents dans des situations difficiles…) qui serait pourtant un facteur différenciant entre les candidats ;
- le critère relatif à la maîtrise financière du dispositif serait très difficile à apprécier au regard des informations fournies par les organismes candidats ;
- au total, ces critères, appliqués de façon assez impressionniste par les ministères, pourraient inciter ces derniers à retenir tous les organismes candidats par crainte d'engendrer du contentieux.

1.2. Du fait de sa technicité, la stratégie de recours et de suivi de la PSC est en grande partie externalisée, ce qui ne favorise pas son imbrication avec la gestion des ressources humaines

1.2.1. L'ensemble des ministères délèguent à des prestataires la définition de la stratégie de recours à la PSC, ainsi que leur suivi qui reste très circonscrit

1.2.1.1. Pour un coût moyen de 47 000 € par ministère, des cabinets d'actuaires ont été en première ligne de l'essentiel des démarches propres au référencement

Du fait de la technicité du sujet et du défaut en leur sein de compétences actuarielles, voire de compétences financières, **l'ensemble des ministères ont eu recours à des prestataires privés sélectionnés dans le cadre de marché public**. Ces prestataires ont joué un rôle variable selon les ministères en fonction également des ressources internes à chacun d'entre eux[43]. Centré sur l'élaboration des garanties et tarifs du cahier des charges puis sur l'analyse des offres remis par les candidats, en particulier s'agissant des transferts de solidarité, ce rôle a été élargi dans plusieurs ministères (Culture et Transition écologique en particulier) à un appui au dialogue avec les OS. Certains prestataires, déjà présents lors du premier référencement dans un ou plusieurs ministères, ont pu s'appuyer sur cette expérience, ce qui a aussi conduit à homogénéiser le format et le contenu des cahiers des charges entre les ministères concernés (Armées et Éducation nationale, par exemple). Les prestataires rencontrés par la mission ont néanmoins souligné que la notation des candidats, quoique s'appuyant sur leur analyse, restait réalisée *in fine* par les ministères eux-mêmes, parfois à l'encontre des recommandations formulées par les cabinets d'actuaires.

[43] La mission n'a pas été en mesure de chiffrer le nombre d'ETP mobilisés durant la période du référencement sur ce sujet. Néanmoins, selon les interlocuteurs rencontrés, entre 0,5 et 1 ETP se seraient consacrés durant deux à quatre mois, en complément du recours au prestataire, au lancement de la procédure.

Le recours généralisé à ces prestataires engendre une asymétrie d'analyse entre ces derniers, qui maîtrisent techniquement le dispositif de référencement et sont en première ligne de sa mise en œuvre, et les ministères qui disposent d'une vision assez partielle et superficielle du référencement. La mission a ainsi constaté, lors de ses différents entretiens, que les prestataires étaient beaucoup plus critiques du référencement, pour lequel ils ont fait part de propositions d'évolution, que les ministères qui ont des difficultés à se positionner sur un dispositif qu'ils sous-traitent en grande partie et connaissent mal.

1.2.1.2. Pour un coût moyen de 18 000 € par ministère et par an, ces prestataires participent également au suivi des organismes référencés, centré sur le calcul des transferts de solidarité et l'évolution annuelle des tarifs

S'il est trop tôt, au regard du calendrier du deuxième référencement, pour apprécier ses modalités de suivi, **il apparaît que l'ensemble des ministères, à l'exception des Affaires étrangères, a prévu de recourir également à des prestataires**. En effet, le rôle attendu de ces cabinets est, en amont des comités de suivi qui se réuniront une à deux fois par an selon les ministères, pour chaque organisme référencé, de (i) vérifier l'exactitude du calcul des transferts de solidarité qui permet de déterminer le montant de la participation financière alloué par organisme référencé (ii) et d'aider les ministères à apprécier la pertinence des évolutions tarifaires proposées par les organismes référencés.

En pratique, au regard des documents fournis par les ministères à la mission, la profondeur du suivi exercé par ces derniers à travers leurs prestataires apparaît variable. Les éléments de comptabilité analytique relatifs à l'utilisation de la participation financière, dont les actuaires questionnent la pertinence, et qui sont pourtant une condition essentielle de la conformité du dispositif au droit européen, sont absents dans la majorité des ministères. Enfin, le suivi des modalités d'information des agents, de la qualité de service ou encore des éventuelles actions de prévention menées par les organismes référencés occupent également une place relativement limitée dans les comptes rendus des comités de suivi consultés par la mission.

Annexe IV

Tableau 6 : coût (en €) des prestataires sélectionnés par les ministères dans le cadre du lancement du deuxième référencement et de son suivi

Ministères	Coût total du prestataire sélectionné pour le lancement du référencement[44]	Coût annuel du prestataire sélectionné pour le suivi du référencement[45]
Ministères économiques et financiers	25 560	9 750[46]
Éducation nationale	140 488	-
Transition écologique et solidaire	24 600	-
Ministères sociaux	81 700	12 500
Armées	66 211	27 875
Justice	28 800	19 200
Agriculture et alimentation	18 000	19 200
Affaires européennes et étrangères	18 875[47]	-
Culture	21 540[48]	-
Total	**425 774**	**88 525**
Moyenne	**47 308**	**17 705**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[44] Coût exprimé toutes taxes comprises, sauf exception.

[45] Coût exprimé toutes taxes comprises, sauf exception.

[46] Prix hors taxes.

[47] Prix exprimé hors taxes.

[48] Dans le cas du ministère de la culture, qui a réalisé un référencement commun avec l'Éducation nationale, l'action du prestataire a été centrée sur l'animation du dialogue avec les OS sur le sujet de la PSC.

1.2.2. Dans la FPE, le recours à la PSC est davantage dissocié de la gestion des ressources humaines que dans les collectivités territoriales

1.2.2.1. Dans les ministères, la stratégie en matière de PSC est définie de façon assez unilatérale par les DRH, sans analyse préalable des besoins, ce qui questionne la pertinence de définir des garanties distinctes selon les ministères

Comme évoqué *supra*, la stratégie en matière de PSC, en particulier le choix du rapport tarifs/garanties et du nombre d'organismes référencés, résulte d'une décision des DRH fortement guidée par les prestataires. Aucun ministère n'a communiqué à la mission d'évaluation des besoins ou d'enquête menée auprès des agents, le cas échéant *via* leurs représentants, qui permettraient de fonder la stratégie de PSC. Ainsi, dans le cadre de la procédure de référencement, les ministères communiquent aux organismes candidats des données brutes d'une qualité et d'une précision variables sur la population à couvrir. En revanche, **ces données ne font pas l'objet d'une exploitation de la part des bureaux de l'action sociale eux-mêmes qui n'ont pas d'informations sur** :

- la part des agents sans couverture complémentaire ;
- la part des agents bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS ;
- la part des agents couverts par la complémentaire de leur conjoint ;
- le nombre d'agents qui seraient intéressés par une couverture complémentaire référencée ;
- le montant moyen de la prime payée par les agents du ministère, que ce soit dans le cadre d'une couverture référencée ou en dehors ;
- le nombre d'agents basculant en demi-traitement couverts par les garanties prévoyance d'une complémentaire référencée ;
- le nombre d'agents basculant en demi-traitement et en bénéficiant d'aucune couverture prévoyance, qu'elle soit référencée ou non.

Cette absence de recensement préalable des besoins le cas échéant spécifiques aux ministères questionne la pertinence d'une définition de cahiers des charges spécifiques à chacun d'entre eux. En effet, les besoins en couverture, en particulier en matière de prévoyance, peuvent varier selon les individus en fonction de critères personnels (âge, niveau de revenu…) ou liés au poste exercé (pénibilité, exposition à des risques particuliers…). Toutefois, si certains ministères présentent des structures de poste atypiques (avec, par exemple, davantage d'agents occupant des fonctions à risque dans certains d'entre eux, comme les Armées, ou la nécessité d'assurer une couverture à l'étranger, pour les Affaires étrangères), pouvant éventuellement justifier des spécificités, rien ne justifie que les garanties proposées varient autant d'un ministère à l'autre. Dans tous les cas, une véritable analyse des besoins permettrait sans doute de souligner une variabilité plus importante entre catégories d'agents qu'entre ministères au sein desquels ces besoins peuvent être très hétérogènes.

1.2.2.2. Le référencement est généralement conçu comme un dispositif autonome par rapport aux actions de prévention ou d'amélioration de la qualité de vie au travail portées par les DRH

Ainsi, la PSC, objet relativement externe aux DRH, est peu articulée avec les objectifs qu'elles peuvent poursuivre par ailleurs en matière d'action sociale, de prévention en santé ou encore de qualité de vie au travail. Parmi les ministères ayant référencé un ou plusieurs organismes, seuls deux ont conclu par ailleurs des conventions spécifiques avec leurs organismes référencés : les ministères économiques et financiers ont formalisé avec leur mutuelle une convention centrée sur la prévention en santé[49] ; au ministère de l'éducation, la convention conclue sur l'action sociale partagée avec la MGEN[50] prévoit en particulier des actions de santé publique et de réinsertion professionnelle co-financées par le ministère et la mutuelle. Enfin, le ministère de l'intérieur, qui a choisi de ne référencer aucun organisme, a néanmoins conclu en 2017 une convention avec Intériale et la Mutuelle générale de la police (MGP)[51] qui prévoit la mise en œuvre d'actions de santé publique en lien avec les besoins des agents.

Dans les autres ministères, les organismes complémentaires référencés ont indiqué à la mission mener de leur propre initiative différentes actions de prévention (ex : vaccination contre la grippe, dépistage du diabète), en accord avec les DRH des ministères. Toutefois, même dans les ministères, comme les Armées, où les mutuelles historiques se positionnent comme partenaires du ministère, elles relèvent ne pas être toujours formellement associées à la conception et à la mise en œuvre des dispositifs les plus structurants en matière d'action sociale, et plus largement de gestion des ressources humaines (ex : plan famille lancé par les Armées fin 2017 pour aider les militaires à mieux concilier leur engagement avec leur vie familiale).

1.2.2.3. Dans les collectivités territoriales, la mise en place d'une couverture complémentaire tend à être conçue comme un outil RH contribuant à l'attractivité de l'employeur

La PSC est considérée comme un engagement de la collectivité au profit de ses agents, parfois en substitution de la non-évolution du point d'indice et de la stagnation des régimes indemnitaires ; elle peut permettre également de développer le dialogue social autour des besoins des agents et est indéniablement un élément d'attractivité comme en témoignent les annonces dans « la gazette des communes « où les offres d'emploi signalent la prise en charge par une collectivité de la PSC. Les collectivités dans des bassins d'emploi en tension (ex : Bretagne) sont obligées de proposer une participation financière à la PSC pour attirer des candidats qui comparent les offres des employeurs privés (bénéficiant de l'obligation de prise en charge de la cotisation santé à hauteur d'au moins 50 %) et les offres de la collectivité.

---

[49] Convention de partenariat pour la mise en œuvre d'actions de santé publique datée du 23 janvier 2018. La MGEFI s'engage à réaliser annuellement dans chaque département une action de santé publique. Un bilan des actions menées est prévu annuellement. Le bilan de l'année 2018 n'a pas encore été réalisé.

[50] Accord-cadre du 23 novembre 2018. Cet accord est centré sur trois domaines d'action : la santé et le bien-être au travail des personnels (avec en particulier les réseaux prévention, aide et suivi qui proposent des actions collectives et/ou individuelles pour des personnels fragilisés ainsi que des centres de réadaptation permettant à des agents de se reconfronter au travail) ; la promotion de la santé et du bien-être des élèves ; études et recherches.

[51] Convention prévue pour une durée de deux ans (2018-2020).

Par ailleurs, les régimes indemnitaires des agents des collectivités locales ne peuvent être supérieurs à ceux d'agents comparables de l'État : le contrôle de légalité des préfectures y veille. En revanche, la PSC n'est pas soumise à cette comparaison : ainsi à travers la PSC se développe une rémunération ou un complément de rémunération supérieurs à ceux des agents de l'État.

Au total, les représentants des élus locaux rencontrés par la mission sont enclins à développer la participation financière des employeurs à la PSC. Ils ne souhaitent pas en revanche qu'elle soit rendue obligatoire au motif de la libre administration des collectivités locales et pour bien cibler cette politique comme un choix local (pas imposé par l'État), un engagement vis-à-vis de leurs agents.

2. Dans le cadre du deuxième référencement, les ministères ont misé sur un recours accru à la concurrence pour diminuer les tarifs, avec des premiers résultats qui remettent en cause les objectifs mêmes de ce dispositif

2.1. Conformément aux objectifs d'amélioration du rapport garanties/prix poursuivis par les ministères, le deuxième référencement s'est traduit par une relative ouverture du marché des organismes référencés

2.1.1. Une partie des ministères affirment avoir utilisé le levier de la mise en concurrence pour obtenir un meilleur rapport qualité/prix, sans qu'il ne soit possible de l'objectiver

Plusieurs ministères ont indiqué à la mission avoir utilisé le levier de la mise en concurrence, y compris en faisant le choix dès le cahier des charges de référencer plusieurs organismes, pour exercer une pression à l'amélioration du rapport garanties/prix auprès du tenant du premier référencement.

La comparaison des contrats anciennement et nouvellement référencés est difficile à établir en raison des différences de structure tarifaire et de nombre d'options. **Aucun des ministères ayant affirmé avoir amélioré le rapport tarifs/garanties entre les deux référencements n'a fourni à la mission de documents permettant de le mesurer.**

Néanmoins, la DREES et l'IRDES ont réalisé, à la demande de la mission, une comparaison des garanties référencées par le ministère de l'éducation nationale d'une part, et par les ministères économiques et financiers d'autre part, entre les deux vagues de référencement (ces analyses portant uniquement sur le niveau des garanties compte tenu de la complexité de la tarification des contrats d'assurance santé, rendant l'analyse sous l'angle de la qualité et du prix très délicate). Il ressort que les garanties proposées dans le cadre de ces deux ministères se sont trouvées globalement améliorées (sans prendre en considération la possibilité qui était offerte dans les garanties référencées dans le cadre de la première vague d'avoir accès à un réseau de soins mutualiste). En effet**,** dans le cadre de la deuxième vague de référencement, la MGEN comme la MGEFI n'opèrent plus de remboursements différenciés selon le fait de fréquenter ou non le réseau de soins mutualiste, rendant le niveau de garantie pour ses assurés plus intéressant (cf. annexe n° VIII).

2.1.2. Au total, 16 organismes sont référencés dans le cadre du deuxième référencement contre 10 en 2015, avec l'entrée de nouveaux acteurs distincts des mutuelles historiques

Conformément aux recommandations de la DGAFP, **la majorité des ministères ont indiqué dans le cahier des charges du deuxième référencement le nombre d'organismes qu'ils entendaient référencer** (Tableau 7). Ce nombre, parfois défini en concertation avec les OS (ex : Transition écologique, Justice, Bercy), a été défini sur la base de deux critères principaux :

- le volume de la population à couvrir, parfois jugé insuffisant pour référencer plus d'un organisme (cf. Affaires étrangères) ou au contraire trop élevé pour n'en référencer qu'un seul (cf. Armées) ;
- la volonté du ministère d'exercer une pression à l'amélioration du rapport garanties/prix vis-à-vis des mutuelles historiques (cf. Affaires sociales).

Les ministères ont reçu entre deux et quatre candidatures recevables[52], avec parmi eux des acteurs qui n'avaient jamais été référencés dans leur périmètre, voire jamais référencés dans l'absolu (ex : AG2R). Le deuxième référencement a également suscité certains regroupements entre acteurs (ex : Intériale et Axa, MCDéf, l'AGPM et GMPA avec le groupement Fortégo, MGAS et SHAM) visant à renforcer leur capacité à répondre aux cahiers des charges. Ce référencement a également été marquée par la volonté d'Intériale, mutuelle historique du ministère de l'intérieur, de capter des adhérents en dehors de son périmètre habituel à travers un dépôt de candidature dans six ministères sur huit (cf. tableau 8).

Un seul cas de contentieux porté au tribunal administratif a été relevé par la mission dans le cadre de ce deuxième référencement[53].

[52] Des candidatures ont été jugées non recevables en raison de leur dépôt trop tardif ou de leur non-respect du cahier des charges.

[53] Le recours en annulation déposé par Intériale devant le tribunal administratif de Paris a été rejeté par un jugement du 27 mars 2018. La mutuelle remettait en particulier en cause la façon dont les critères de pondération prévus par le cahier des charges avaient été appliqués. Le juge administratif a cependant considéré que « *l'offre initiale de la mutuelle Intériale excluait de nombreux risques, tels que, notamment, les risques liés aux catastrophes naturelles, aux guerres et conflits à l'étranger ou aux épidémies ; que le ministre des affaires étrangères a estimé qu'en raison de ces exclusions, l'offre était, sur ce point, inadaptée aux exigences spécifiques à la couverture de ses agents* ». Un recours pré-contentieux a été déposé par ailleurs par la MNJ auprès du ministère de la justice.

Tableau 7 : Nombre d'organismes à retenir et de candidatures reçues/recevables/sélectionnées par ministère dans le cadre du deuxième référencement

Ministères	Nombre d'organismes à retenir selon le cahier des charges	Nombre de candidatures reçues	Nombre de candidatures recevables	Nombre de candidatures sélectionnées
Ministères économiques et financiers	1	3	3	1
Éducation nationale	NC	4	3[54]	3
Transition écologique et solidaire	1	3	2[55]	1
Ministères sociaux	2	3	2[56]	2
Armées	NC	4	4	4
Justice	1	4	4	1
Agriculture et alimentation	NC	4	4	3
Affaires européennes et étrangères	1	2	2	1
Total	**-**	**27**	**24**	**16**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[54] La candidature de Groupama a été jugée non recevable.

[55] La candidature de Malakoff Médéric a été jugée non recevable.

[56] La candidature de la mutuelle des professions judiciaires (AG2R) a été jugée non recevable.

Annexe IV

Tableau 8 : Liste des organismes candidats et retenus par ministère dans le cadre du deuxième référencement

Ministères	Organismes candidats[57]	Organismes retenus	Organismes déjà référencés (O/N)[58]
Ministères économiques et financiers	▪ MGEFI ▪ MGP ▪ Intériale	MGEFI	O
Éducation nationale	▪ CNP ▪ Intériale-Axa ▪ MGEN	▪ CNP ▪ Intériale-Axa ▪ MGEN	▪ N ▪ N ▪ O
Transition écologique et solidaire	▪ AG2R ▪ MGEN	▪ MGEN	O[59]
Ministères sociaux	▪ MGAS-SHAM ▪ MGEN-HFP	▪ MGAS-SHAM ▪ MGEN-HFP	▪ O ▪ N
Armées[60]	▪ Unéo ▪ HFP ▪ Fortégo[61] ▪ Intériale-Axa	▪ Unéo ▪ HFP ▪ Fortégo ▪ Intériale-Axa	▪ O ▪ O ▪ O ▪ N
Justice	▪ MNJ ▪ MGP ▪ Intériale-Axa ▪ HFP	▪ Intériale-Axa	N
Agriculture et alimentation	▪ HFP ▪ Groupama ▪ AG2R ▪ Intériale-Axa	▪ HFP ▪ Groupama[62] ▪ AG2R	▪ O ▪ O ▪ N
Affaires européennes et étrangères	▪ MAEE ▪ Intériale-Axa	▪ MAEE	O

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[57] Candidatures jugées recevables par les ministères.

[58] Dans le périmètre du ministère.

[59] La MGET, organisme précédemment référencé, a intégré en 2016 la MGEN.

[60] Les quatre organismes ont candidaté et ont été retenus pour les deux lots (civils et militaires).

[61] Groupement intégrant la mutuelle civile de la Défense (MCDéf) déjà référencée dans le cadre du premier référencement.

[62] Groupama était référencé auprès de l'Office national des forêts dans le cadre du premier référencement.

2.2. S'il est trop tôt pour apprécier les conséquences du deuxième référencement, les premières données disponibles indiquent une ouverture en trompe l'œil qui pourrait compromettre la solidarité intergénérationnelle et le soutien financier à la PSC

2.2.1. Les conditions de mise en œuvre du deuxième référencement, marqué par une pression accrue sur le rapport tarifs/garanties, ont contribué à le vider en partie de sa substance

2.2.1.1. La bascule des adhérents des contrats anciennement référencés vers les contrats nouvellement référencés a constitué un angle mort de la procédure

Sur le plan juridique, les référencements peuvent reposer sur des dispositifs différents : (i) le ministère adhère à l'un des règlements d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance ou souscrit un contrat collectif auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance, auprès de laquelle chaque agent adhère ensuite, ou (ii) chaque agent adhère directement à un règlement mutualiste auquel le ministère n'est pas juridiquement partie. Dans le premier cas, les adhésions individuelles prennent en principe fin à l'issue du référencement. Mais cela n'empêche pas de conserver les adhérents dans un cadre individuel.

Le décret ne ferme aucune des deux possibilités et la circulaire DGAFP du 27 juin 2016 ne fournit aucune précision sur le dispositif à privilégier ni sur les modalités de transition entre les deux référencements. En pratique, dans le cadre du deuxième référencement, seuls les ministères économiques et financiers ont fait le choix, conjointement avec la mutuelle référencée et dans le cadre de règlements mutualistes à adhésion directe, de fermer l'accès aux contrats anciennement référencés et, à travers une procédure de pollicitation, de proposer à l'ensemble des adhérents de basculer vers les contrats nouvellement référencés. Ce choix s'explique, selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, par le fait que (i) ces contrats étaient systématiquement, quelle que soient leur situation personnelle, plus avantageux pour les adhérents, y compris sur le plan tarifaire (ii) et que la garantie dépendance, contrairement aux autres ministères, restaient bien incluse, comme l'avaient demandé les OS, dans les contrats référencés.

2.2.1.2. Mis en concurrence sur le rapport tarifs/garanties, les organismes complémentaires ont élaboré des offres qu'ils savaient non viables au regard des caractéristiques du stock des adhérents

Dans les autres ministères où les « tenants » ont été référencés, le cas échéant aux côtés d' « entrants » (Affaires sociales, Armées, Agriculture, Éducation nationale), **les premières données disponibles indiquent que la grande majorité des adhérents sont restés sur les contrats anciennement référencés.** Différents facteurs expliquent cette situation qui remet en cause la pertinence du référencement et la possibilité pour les employeurs de participer financièrement à la PSC. Schématiquement, il ressort que :

- les ministères ne disposent pas de moyens permettant de communiquer des informations, en particulier sur la PSC, à leurs retraités, à supposer que ces derniers aient souhaité ensuite faire la démarche de signer un nouveau contrat ;
- les « entrants », ayant élaboré des offres volontairement sous-tarifées pour pénétrer le marché, ne souhaitent pas y faire adhérer des « mauvais risques » qui pourraient déséquilibrer ces contrats ;

- les « tenants », s'étant alignés, pour ne pas être évincés par des « entrants », sur les rapports garanties/prix pratiqués par ces derniers, ne souhaitent pas non plus y faire basculer leur stock de retraités sachant que les transferts de solidarité n'étaient déjà pas compensés intégralement quand leurs tarifs étaient plus élevés ;
- enfin, au regard de la rigidité des cahiers des charges, comportant des garanties parfois jugées non pertinentes ou au contraire excluant le couplage avec la dépendance ou l'adhésion groupée à une mutuelle d'action sociale, et compte tenu de la faiblesse relative en contrepartie de la participation des employeurs, les « tenants » ont jugé préférable de conserver des marges de manœuvre en termes de fixation des tarifs ou simplement leur mode de fonctionnement antérieur en retenant leur stock d'adhérents en dehors de la sphère du référencement.

Dans les autres ministères, la difficulté de comparer les contrats anciennement et nouvellement référencés, ainsi que la communication parfois ambiguë des organismes complémentaires, expliquerait le faible nombre de bascules vers les nouveaux contrats

2.2.2. Le défaut de bascule du stock des adhérents vers les offres nouvellement référencés compromet la possibilité d'au moins quatre ministères de participer financièrement à la PSC

2.2.2.1. Sur l'ensemble des ministères, la grande majorité des adhérents aux organismes référencés sont en réalité restés sur les contrats anciennement référencés

La mission a sollicité l'ensemble des organismes référencés pour obtenir des données à date sur le deuxième référencement[63].

Comme le montre le tableau 9, dans les ministères ayant référencé plusieurs organismes complémentaires (Éducation nationale, Armées, Affaires sociales, Agriculture, Culture) :

- le nombre d'adhérents à un contrat référencé s'est effondré entre la dernière année du premier référencement et la première année du deuxième référencement ;
- le nombre d'adhérents à un contrat référencé auprès d'un organisme « entrant » (ex : la MGEN au ministère des Solidarités, AG2R à l'Agriculture) est marginal.

Ainsi, sur les deux ministères comptant le plus grand nombre d'agents (Armées et Éducation nationale), le nombre d'adhérents à un contrat actuellement référencé serait inférieur à 20 000.

Par ailleurs, pour deux ministères (Économie et Finances, Affaires étrangères), les OC référencés ont procédé à la bascule totale de l'ancien contrat vers le nouveau contrat.

[63] Ces données sont couvertes par le secret industriel et commercial.

Tableau 9 : Nombre d'adhérents à un contrat référencé par mutuelle référencée et par ministère

OC	Dernière année du premier référencement	Première année du deuxième référencement	Évolution (en %)
Ministères économiques et financiers			
MGEFI	222 615[64]	222 208[65]	- 0
Éducation nationale			
MGEN	1 484 141[66]	874[67]	- 100
CNP	-	NC	-
Intériale	-	NC	-
Ministères sociaux			
MGEN	-	35[68]	-
MGAS	19 408[69]	1 047[70]	- 95
Transition écologique			
MGEN	NC	NC	-
Armées			
Intériale	-	NC[71]	-
Unéo	274 285[72]	18 318[73]	- 93
HFP	16 488[74]	NC	-
Fortégo	NC	NC	-
Agriculture			
HFP	18 974[75]	12 418[76]	- 35
AG2R	-	291[77]	-
Groupama	NC	131[78]	-
Justice			
Intériale	-	10 580[79]	-
Affaires étrangères			
MEAE	9 242	9 123	-1
Culture			
MGEN	11 668	35	- 100

Source : Mission, d'après données communiquées par les organismes complémentaires référencés.

[64] Effectifs en 2017.

[65] Effectifs en 2018.

[66] Effectifs au 30 juin 2017.

[67] Effectifs au 31 décembre 2018.

[68] Effectifs au 31 décembre 2018.

[69] Effectifs avant le 1er juillet 2018.

[70] Effectifs en avril 2019.

[71] Intériale a communiqué à la mission le nombre d'adhérents pour les deux ministères

[72] Effectifs au 31 décembre 2017.

[73] Effectifs au 31 décembre 2018.

[74] Effectifs civils uniquement en 2017.

[75] Effectifs en 2015.

[76] Effectifs en 2017.

[77] Effectifs au 14 octobre 2018.

[78] Effectifs 2017.

[79] Effectifs en janvier 2018.

2.2.2.2. Sans préjuger des transferts de solidarité effectués sur les contrats non référencés, l'absence de transferts sur les contrats référencés interdit à quatre ministères de verser l'enveloppe de 21 M€ prévue au titre de la PSC en 2019

Les organismes complémentaires n'ont pas communiqué à la mission de données sur les évolutions mises en œuvre ou envisagées de la structure tarifs/garanties des contrats anciennement référencés. Il n'est donc pas possible d'analyser l'existence éventuelle de transferts de solidarité sur ces contrats.

En revanche, à rebours des estimations très volontaristes qui avaient été réalisées par les candidats dans le cadre des appels à concurrence, il est possible d'affirmer que, dans au moins quatre ministères (Éducation nationale, Armées, Affaires sociales et Culture), au regard du faible volume d'adhérents aux contrats référencés et de leurs caractéristiques (jeunes actifs en grande majorité), **le niveau des transferts de solidarité susceptibles d'être financés lors de la première année du référencement devrait être proche de zéro.**

Par conséquent, à droit constant, ces ministères ne pourront pas allouer à la PSC en 2019 les montants prévus dans les cahiers des charges, **ce qui représentera pour l'État un montant global de 20,6 M €**[80] **qui pourra être économisé ou réinjecté dans le budget d'action sociale ministérielle.**

[80] Ce montant est calculé en tenant compte des sommes que ces ministères avaient prévu, dans le cahier des charges du deuxième référencement, d'allouer à la PSC : 4 M€ pour l'Éducation nationale, 0,38 M€ pour les Solidarités, 16 M€ pour les Armées, 0,2 M€ pour la Culture.

ANNEXE V

Participation financière des employeurs publics à la couverture complémentaire de leurs agents

SOMMAIRE

1. LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES EMPLOYEURS PUBLICS À LA PSC FAIT L'OBJET D'UN ENCADREMENT QUI LA DISTINGUE DE L'ACTION SOCIALE 2

1.1. La participation financière de l'employeur à la PSC, conditionnée par l'existence de transferts de solidarité entre adhérents, est peu lisible dans la fonction publique d'État 2

1.1.1. Dans les fonctions publiques d'État et territoriale, les employeurs ne peuvent financer la PSC que sous le plafond de transferts de solidarité intergénérationnels et familiaux 2

1.1.2. Contrairement aux ministères, les collectivités territoriales ont la possibilité de verser leur participation directement à leurs agents et de moduler son montant en fonction de critères individuels 6

1.2. Les montants versés par les ministères au titre de la PSC représentent en moyenne 8 % des budgets d'action sociale 7

2. LE NIVEAU DE PARTICIPATION FINANCIÈRE À LA PSC EST TRÈS HÉTÉROGÈNE ENTRE MINISTÈRES ET ENTRE FONCTIONS PUBLIQUES 9

2.1. Le niveau de participation financière, très inégal selon les ministères, sous-compense les transferts de solidarité 9

2.1.1. La participation financière des ministères est en moyenne de 12 € par adhérent 9

2.1.2. En 2017, la participation financière des ministères au titre de la PSC, soit 18 M€, a compensé moins du tiers des transferts de solidarité 10

2.2. Le niveau de participation des collectivités territoriales, globalement en augmentation, serait corrélé à leur taille et à la stratégie RH portée par les élus 12

2.2.1. Environ 70 % des collectivités territoriales participeraient en 2017 à la PSC de leurs agents 12

2.2.2. Hétérogène selon les collectivités, le niveau de participation des employeurs territoriaux serait globalement corrélé à leur taille 12

3. LA SEGMENTATION ENGENDRÉE PAR LE DEUXIÈME RÉFÉRENCEMENT POURRAIT SE TRADUIRE PAR UN EFFONDREMENT DES TRANSFERTS DE SOLIDARITÉ POUVANT DONNER LIEU À LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES EMPLOYEURS 14

3.1. À travers une ouverture à la concurrence qui devait permettre une réduction des tarifs, les ministères ont cherché à réduire leur soutien financier à la PSC en baisse tendancielle depuis 2011 14

3.1.1. La participation financière annuelle prévue par les ministères dans le cadre de la PSC, soit 28 M€, a diminué de 39 % entre le premier et le deuxième référencement 14

3.1.2. Le deuxième référencement, marqué par une concurrence accrue, devrait se traduire par une réduction drastique des transferts de solidarité pouvant donner lieu au soutien financier des employeurs 17

Annexe V

INTRODUCTION

La participation financière des employeurs publics à la protection sociale complémentaire (santé et prévoyance) de leurs agents est ici abordée dans le cadre de la fonction publique d'État (ministères uniquement, à l'exclusion d'opérateurs ou de directions ayant choisi d'engager une procédure spécifique de référencement) et de la fonction publique territoriale. Concernant ce dernier champ, il convient de souligner le caractère limité des données accessibles qui a obligé la mission à panacher différentes sources qui ne permettent pas d'assurer la représentativité.

La participation financière des employeurs publics à la protection sociale complémentaire (PSC) se distingue à plusieurs titres de celle des employeurs privés telle qu'encadrée par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi[1] :

- facultative, la participation financière des employeurs publics à la PSC est encadrée par l'existence de transferts de solidarité en faveur des retraités et des familles (1) ;
- le niveau de participation est très inégal selon les ministères, avec des écarts qui s'accroissent quand la comparaison est étendue à la fonction publique territoriale (2)
- dans la fonction publique d'État, la deuxième vague de référencement s'est traduite par une segmentation des populations entre contrats anciennement et nouvellement référencés, qui devrait réduire très fortement les transferts de solidarité pouvant donner lieu à la participation financière des employeurs à ce dispositif (3);

La mission propose des évolutions de nature à améliorer la lisibilité et l'impact de la participation financière à la PSC des employeurs publics (4).

[1] Conformément à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, la loi prévoit la généralisation avant le 1er janvier 2016 de la prise en charge par les employeurs du secteur privé d'au moins la moitié du financement de la couverture complémentaire santé dans le cadre de contrats solidaires et responsables tels que définis par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

1. La participation financière des employeurs publics à la PSC fait l'objet d'un encadrement qui la distingue de l'action sociale

1.1. La participation financière de l'employeur à la PSC, conditionnée par l'existence de transferts de solidarité entre adhérents, est peu lisible dans la fonction publique d'État

1.1.1. Dans les fonctions publiques d'État et territoriale, les employeurs ne peuvent financer la PSC que sous le plafond de transferts de solidarité intergénérationnels et familiaux

1.1.1.1. Les règles de calcul de la participation financière à la PSC, semblables dans les deux fonctions publiques, visent à compenser le coût des tarifs plus favorables dont bénéficient les retraités et les ayants droit

Les modalités actuelles de participation financière des employeurs publics à la PSC ont été définies à la suite de la remise en cause par la Commission européenne et le Conseil d'État du dispositif de subventionnement qui existait jusqu'en 2005. Cet encadrement[2] repose sur les règles suivantes :

- chaque organisme de référence calcule chaque année les montants de transferts de solidarité résultant de l'addition (i) des transferts intergénérationnels, soit la somme des écarts constatés pour chacun des adhérents âgés pris en compte entre les prestations versées et les cotisations correspondantes[3] et (ii) des transferts familiaux, soit la somme des écarts constatés, pour chacun des ayants droit entre les prestations versées et les cotisations correspondantes[4] ;
- l'employeur attribue ensuite à chaque organisme un montant de participation sous le plafond des transferts pour la FPE et dans la limite des cotisations dues pour la FPT et ce en cohérence avec le montant indicatif annoncé dans le cahier des charges sur la base duquel chaque organisme référencé a construit ses offres[5].

En pratique, ces calculs, réalisés par les organismes référencés, sont communiqués une fois par an aux ministères et font l'objet d'une vérification, dont la mission n'a pas apprécié la teneur, par les cabinets d'actuaire mandatés.

---

[2] Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 pour la fonction publique d'État et décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 pour la fonction publique territoriale.

[3] Dans la FPE seuls les transferts opérés en faveur des retraités dans le cadre de la santé sont pris en compte tandis que, dans la FPT, les transferts de solidarité intergénérationnels en matière de prévoyance au bénéfice des agents de plus de 50 ans peuvent également être imputés.

[4] Dans les deux fonctions publiques, le calcul des transferts est réalisé en majorant les prestations par les variations de provisions techniques et par un chargement de gestion forfaitaire de 10 % déduction faite, pour les cotisations, de la taxe de solidarité additionnelle sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire (TSCA) et de la variation des provisions pour cotisations non acquises.

[5] Dans la FPT, 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 (le plafond global est donc la somme des plafonds individuels).

1.1.1.2. Les transferts de solidarité notifiés par les organismes référencés, qui bénéficient en 2017 à 63 % aux familles, ont été presque divisés par deux entre 2015 et 2017

À périmètre de référencement quasi-constant[6], **le montant des transferts de solidarités notifiés au global aux ministères a diminué de 47,5 M€ entre 2015 et 2017.** Cette baisse correspond à l'évolution constatée au ministère de l'éducation nationale et s'accompagne de quelques hausses sur d'autres ministères.

Pendant la période de référencement au sein d'un même département ministériel, la structure des tarifs et le niveau des garanties étant figées, deux facteurs peuvent jouer sur le niveau des transferts : des évolutions dans la consommation de soins des personnes concernées (retraitées et ayants droits) ; une évolution de la population des adhérents et de sa structure démographique du fait de nouvelles adhésions ou de résiliations. C'est notamment le cas après le deuxième référencement se traduisant par le référencement de nouveaux contrats ou de nouveaux opérateurs en fonction du délai de passage des adhérents aux contrats précédemment référencés vers les nouveaux contrats.

Les premiers éléments collectés par la mission sur les effets de ce deuxième référencement montrent que, dans plusieurs ministères, la lenteur du basculement vers les nouvelles offres référencées va entraîner une baisse spectaculaire du montant des transferts de solidarité pouvant bénéficier d'une participation financière de l'État (cf. *infra).*

[6] Seul le ministère en charge de la transition écologique et solidaire était en dehors du champ du référencement en 2017 alors qu'il l'était en 2015. Il présentait néanmoins en 2015, dernière année de sa première procédure de référencement, des transferts de solidarité d'un montant nul.

Annexe V

Tableau 1 : Évolution des transferts de solidarité notifiés par les organismes référencés (en M€) et de la part (en %) des transferts intergénérationnels et familiaux entre 2015 et 2017

Ministères	2015	Intergénérationnels	Familiaux	2016	Intergénérationnels	Familiaux	2017	Intergénérationnels	Familiaux	Évolution 2015-2017 (en %)
Ministères économiques et financiers	6,6	12	88	12,9	55	45	6,1	9	91	- 7
Éducation nationale et recherche[7]	75,8	30	70	53,4	5	95	28,6	21	79	- 62
Transition écologique et solidaire[8]	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ministères sociaux	1,0	31	69	1,1	17	83	0,7	0	100	- 30
Armées	16,2	0	100	12,8	0	100	15,0	25	75	- 7
Justice	0,9	0	100	0,7	0	100	-0,2[9]	NA	NA	-
Affaires européennes et étrangères	1,9	75	25	1,6	82	18	3	78	22	+ 58
Agriculture et alimentation[10]	0,0	-	-	-	-	-	1,7	57	43	-
Total	**102,4**	**21**	**79**	**82,5**	**7**	**93**	**54,9**	**37**	**63**	**- 46**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[7] Le ministère en charge de la culture, qui s'est associé au référencement de l'Éducation nationale, ne dispose pas de données sur les transferts de solidarité notifiés dans son périmètre.

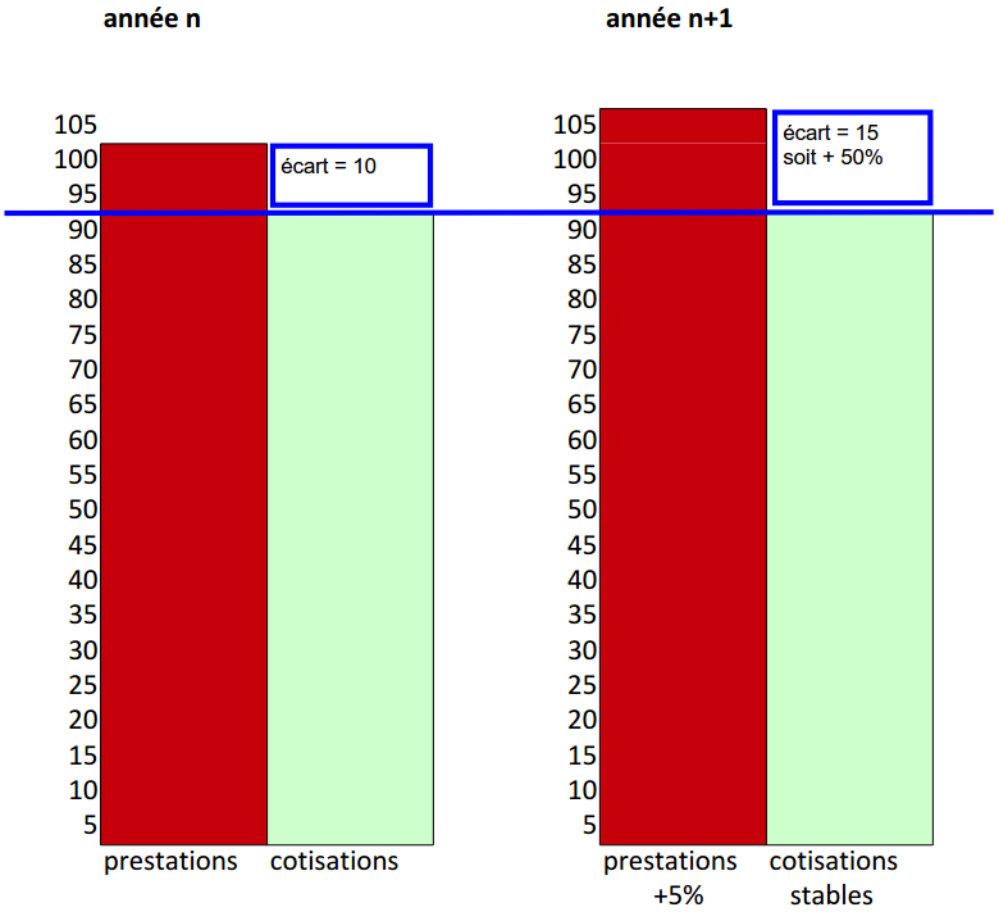
[8] Le premier référencement a pris fin le 31 décembre 2015.

[9] Il s'agit des transferts de solidarité réalisés par la mutuelle nationale de la justice dans le cadre du premier référencement (1er trimestre 2017 uniquement, le nouveau référencement étant entré en vigueur au 28 septembre 2017). Dans le cadre du deuxième référencement, Intériale aurait réalisé 0,6 M€ de transferts de solidarité sur le dernier trimestre 2017.

[10] Le premier référencement a pris fin le 31 décembre 2015.

Cette évolution se caractérise de manière générale par une grande sensibilité à l'évolution des cotisations et des prestations des populations bénéficiaires des transferts, inhérente au mode de calcul des transferts compensables.

Le graphique infra permet de comprendre comment une évolution modérée des prestations peut induire une augmentation significative des transferts compensables[11].



[11] Pour une population donnée de retraités ou d'ayants droit mutualistes pour lesquels, en année n, 100 € de prestations sont versés pour 90 € de cotisations, le montant des transferts de solidarité est égal à 10 € (100 – 90). Si, en année n+1, les prestations augmentent de 5 %, soit 5 € de prestations en plus (on suppose les cotisations constantes), les transferts de solidarité sont cette fois de 15 € (105 – 90). Les 5 € supplémentaires en n+1, rapportés aux 10 € de l'année n, représentent une augmentation de 50 %. Par simplification, le forfait de frais de gestion de 10% est inclus dans les prestations.

1.1.2. Contrairement aux ministères, les collectivités territoriales ont la possibilité de verser leur participation directement à leurs agents et de moduler son montant en fonction de critères individuels

1.1.2.1. Dans la FPE, la participation financière est versée chaque année aux organismes référencés sur la base des engagements pris au moment du référencement et au prorata des transferts constatés

Le décret du 19 septembre 2007 ne prévoit pas la possibilité pour les ministères de verser directement aux agents concernés la participation financière à la PSC. **Son versement aux organismes référencés nuit à la lisibilité globale du dispositif auprès des agents** :

- il prive les agents retraités ou avec ayants droit de la possibilité de calculer la remise de cotisation dont ils bénéficient ;
- il nuit à l'attractivité des organismes référencés, qui bénéficient de cette participation sans qu'elle soit nécessairement connue des agents, par rapport à ceux qui ne le sont pas mais peuvent proposer par ailleurs des tarifs plus attractifs ;
- il interdit de moduler le niveau de participation financière sur la base d'autres critères que ceux relatifs aux transferts de solidarité.

Il convient toutefois de noter qu'une mutuelle sélectionnée dans le cadre du premier référencement pour la PSC des militaires a choisi jusqu'en 2018 de **faire bénéficier les agents actifs de l'intégralité de la participation financière de l'employeur**, selon des critères favorables aux plus bas niveaux de revenu en déduction de leur cotisation.

De fait, on peut présenter analytiquement l'impact individuel de la participation de l'employeur de deux manières :

- soit en transposant directement la formule de calcul prévue par le décret, en indiquant pour chaque assuré bénéficiant des transferts de solidarité l'écart entre ses cotisations et ses prestations ;
- soit en postulant comme une donnée indépendante de la participation de l'employeur une tarification induisant structurellement des transferts de solidarité (ce qui est généralement le cas dans les mutuelles historiques), en indiquant pour chaque assuré la part supplémentaire de ces transferts qu'il aurait dû supporter en l'absence de participation de l'employeur.

1.1.2.2. Dans la FPT, la majorité des employeurs privilégieraient un versement direct aux agents et utiliseraient la possibilité de moduler les montants

À l'inverse, le décret du 8 novembre 2011 prévoit la possibilité d'un versement soit directement aux agents, soit aux organismes référencés. En l'absence de données consolidées et représentatives sur les modalités de versement de cette participation dans la FPT, la mission ne peut pas apprécier les leviers utilisés par les différentes collectivités. Néanmoins, l'enquête menée auprès des collectivités membres de l'Association nationale des directeurs de ressources humaines des grandes collectivités (ANDRHGCT)[12] montre que, sur 85 %[13] de celles qui participent financièrement à la PSC, au titre de la santé et/ou de la prévoyance, le font à travers un versement direct aux agents. Par ailleurs, 81 % d'entre elles affirment moduler le niveau de participation dans un but d'intérêt social, par une prise en compte des revenus et/ou de la situation familiale des agents. Ces données sont concordantes avec les témoignages recueillis par la mission auprès de représentants de différents échelons de collectivités.

1.2. Les montants versés par les ministères au titre de la PSC représentent en moyenne 8 % des budgets d'action sociale

Comme le montre le tableau 2, qui recense les budgets d'action sociale par ministère[14] :

- le montant versé au titre de l'action sociale ministérielle par agent présente des écarts importants entre ministères avec une moyenne située à 172 € par agent ;
- la part représentée par la participation financière au titre de la PSC dans le budget d'action sociale varie également entre 3 (pour le ministère des solidarités et de la santé) et 28 % (pour le ministère de l'Europe et des affaires étrangères) pour une part moyenne de 8 %.

Les écarts constatés traduisent ainsi la priorisation accordée à la PSC au sein de l'action sociale. En effet, les responsables ministériels rencontrés par la mission ont indiqué que, en termes d'arbitrage budgétaire, la participation financière à la PSC et le budget consacré à l'action sociale étaient bien envisagés comme une même enveloppe. Chaque ministère est ensuite libre de réallouer cette enveloppe en fonction de ses priorités ou de ses spécificités. Ainsi, le MEAE justifie la part allouée à la PSC au sein de son budget d'action sociale par le fait que la majorité de ses agents exercent à l'étranger et présentent un besoin de couverture spécifique. Inversement, le ministère de l'intérieur, qui ne participe pas financièrement à la PSC de ses agents, affirme prioriser d'autres formes de soutien auprès de ses agents à travers l'action sociale ministérielle.

Concernant les collectivités territoriales, la synthèse des bilans sociaux[15] ne fournit pas de données consolidées sur les montants consacrés à l'action sociale.

---

[12] L'association rassemble un réseau de DRH des grandes villes, des départements, des régions et des établissements publics de coopération intercommunale.

[13] 21 répondants.

[14] L'action sociale ministérielle se distingue de l'action sociale interministérielle dont les prestations obéissent à des règles d'attribution communes. Selon les données incomplètes communiquées par la DGAFP pour l'année 2017 (la direction ne dispose de données consolidées que pour cinq ministères), la restauration (subvention des repas) et le logement (aides à l'installation, aides à l'accès au logement locatif, aides à la propriété…) constituent respectivement 23 % et 9 % du total de ces budgets d'action sociale ministérielle.

[15] Exploitation statistique réalisée par le Centre national de la fonction publique territoriale et la Direction générale des collectivités locales, sous l'égide du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, avec la participation des centres de gestion. La dernière édition, fondée sur l'exploitation des bilans sociaux 2015, date de décembre 2018.

Annexe V

Tableau 2 : Part du financement alloué à la protection sociale complémentaire dans le cadre du deuxième référencement par rapport aux budgets d'action sociale ministérielle en 2017[16]

Ministères	Budget d'action sociale hors titre 2 (en M€)	Par ETPT (en €)	Participation financière prévue au titre de la PSC (en M€)[17]	En % du budget d'action sociale
Ministères économiques et financiers[18]	108,0	781	4,0	3,7
Éducation nationale et recherche[19]	20,0	17	4,0	20,0
Transition écologique et solidaire[20]	17,7	435	0,9[21]	5,1
Aviation civile[22]	6.3	604	0,8	9,3
Ministères sociaux[23]	13,0	674	0,4	2,9
Armées[24]	93,7	343	16,0	19,8
Justice[25]	21,7	264	0,9	4,2
Agriculture et alimentation[26]	11,7	381	0,6[27]	5,1
Affaires européennes et étrangères[28]	4,2	309	1,2	28,5
Culture[29]	5,3	483	0,2	3,7
Intérieur[30]	55,6[31]	197	0,0	-
Total	**357,2**	**172**	**29,0**	**8,3**

Source : Mission, d'après données des rapports annuels de performance et données communiquées par les ministères.

[16] Les données relatives à l'action sociale ministérielle sont issues des rapports annuels de performance.

[17] Il s'agit du montant annuel annoncé dans le cahier des charges du deuxième référencement.

[18] Programmes 218, 156, 134, 220, 305, 302 et 192.

[19] Programmes 214, 140, 141, 139, 150 et 230 (hors universités).

[20] Programme 217 « Écologie-logement » uniquement.

[21] Hors DGAC et opérateurs.

[22] La DGAC n'impute pas, jusqu'ici, l'aide à la PSC dans son budget d'action sociale.

[23] Programmes 124 et 155.

[24] Programmes 212 et 138.

[25] Programmes 310, 166, 107, 182 et 335.

[26] Programmes 215, 142, 143 et 206.

[27] Il s'agit de la participation financière prévue par le ministère, à l'exclusion des montants alloués à la PSC par les opérateurs. Le montant total alloué à la PSC, opérateurs compris (dont l'ONF qui prévoit dans le cahier des charges d'allouer 1 M€ par an à la PSC) s'élève à 1,7 M€.

[28] Programmes 105, 185, 151 et 209.

[29] Programme 224.

[30] Programmes 216, 307, 161, 152, 232 et 176.

[31] Dont 11,6 M au titre du programme 176 («police nationale »).

2. Le niveau de participation financière à la PSC est très hétérogène entre ministères et entre fonctions publiques

2.1. Le niveau de participation financière, très inégal selon les ministères, sous-compense les transferts de solidarité

2.1.1. La participation financière des ministères est en moyenne de 12 € par adhérent

Le niveau de participation inscrit dans les cahiers des charges du deuxième référencement, qui peut différer du montant effectivement versé par les ministères en fonction des arbitrages budgétaires annuels, varie fortement entre ministères, de 3 € par an et par adhérent à l'Éducation nationale à 121 € aux Affaires étrangères. Ces écarts révèlent la place accordée à la PSC au sein de la stratégie de gestion des ressources humaines. Ainsi, le ministère des affaires étrangères a indiqué à la mission que son investissement budgétaire en matière de PSC était directement lié aux missions exercées par ses agents qui exercent en majorité à l'étranger où ils ont particulièrement besoin d'accéder facilement à une couverture complémentaire de qualité.

Tableau 3 : Montant annuel de la participation financière prévue par ministère dans les cahiers des charges du deuxième référencement rapporté par adhérent (actifs et retraités)

Ministères	Montant de la participation financière[32] (en M€)	Nombre d'adhérents[33]	Montant de la participation par adhérent (en €)
Ministères économiques et financiers	4,0	217 335	18
Éducation nationale et recherche	4,0	1 459 653	3
Transition écologique et solidaire	0,9	-[34]	-
Ministères sociaux	0,4	19 637	19
Armées	16,0	478 415	33
Justice	0,9	86 999	10
Agriculture et alimentation	0,6[35]	12 685	47
Affaires européennes et étrangères	1,2	9 880	121
Culture	0,2	11 668[36]	17
Total	**28,2**	**2 296 272**	**12**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[32] Il s'agit du montant inscrit dans le cahier des charges du deuxième référencement.

[33] Données au 31 décembre 2017. Il s'agit uniquement des adhérents directs, à l'exclusion des ayants droit. Les adhérents issus d'opérateurs n'ont pas pu être distingués de ceux issus des ministères.

[34] Pas de référencement entre le 31 décembre 2015 et le 1er janvier 2018.

[35] Il s'agit du montant alloué par le seul ministère de l'agriculture (1,7 M€ au total en incluant les opérateurs, dont 1 M€ alloué par l'ONF).

[36] Il s'agit du nombre d'adhérents au 30 juin 2017.

2.1.2. En 2017, la participation financière des ministères au titre de la PSC, soit 18 M€, a compensé moins du tiers des transferts de solidarité

S'il est resté au global inférieur à un tiers entre 2015 et 2017, **le niveau de compensation des transferts annuels de solidarité présente également une évolution contrastée selon les années et les ministère**s (cf. tableau 4) :

- ce taux a diminué de façon constante entre 2015 et 2017 dans trois ministères (Économie et finances[37], Affaires sociales, Éducation nationale), avec le niveau le plus bas atteint par le ministère de l'éducation en 2017 (7 %) ;
- à l'inverse, le niveau de compensation des transferts a augmenté au ministère des armées entre 2015 et 2016 (où il a même légèrement excédé le niveau des transferts)[38] ainsi que, sur la même période, au ministère des affaires étrangères[39] ;
- seul un ministère (la Justice) a compensé au montant exact, en 2015 et 2016, les transferts de solidarité notifiés.

[37] Dans le cas des ministères économiques et financiers, cette baisse du niveau de compensation est en partie imputable à la mise en œuvre en parallèle du deuxième référencement (entré en vigueur le 01/04/2017) qui a conduit à réduire le niveau de participation en 2016 et à réaliser une « année blanche » en 2017.

[38] Sa diminution en 2017 est liée à la fois à la diminution de la participation financière du ministère (- 1,1 M€ par rapport à 2016) et à l'augmentation des transferts de solidarité (+ 2,4 M€).

[39] Au sein du ministère des affaires étrangères, la forte baisse du niveau de compensation observée en 2017 est due, à niveau de participation financière inchangé (1,2 M€) au quasi-doublement des transferts de solidarité.

Annexe V

Tableau 4 : Taux de compensation (en %) des transferts de solidarité par la participation financière effective des ministères entre 2015 et 2017 (en M€)

Ministères	Montant de la participation financière en 2015	Montant des transferts de solidarité en 2015	Taux de compensation des transferts de solidarité en 2015	Montant de la participation financière en 2016	Montant des transferts de solidarité en 2016	Taux de compensation des transferts de solidarité en 2016	Montant de la participation financière en 2017	Montant des transferts de solidarité en 2017	Taux de compensation des transferts de solidarité en 2017
Ministères économiques et financiers	4,9	6,6	74,2	1,5	12,9	11,6	0,0	6,1	0,0
Éducation nationale et recherche	3,7	75,8	4,9	4,0	53,4	7,5	2,0	28,6	7,0
Transition écologique et solidaire[40]	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Ministères sociaux	0,7	1,0	75,6	0,8	1,1	72,3	0,4	0,7	59,2
Armées	15,8	16,2	98,0	14,1	12,7	101,3	13,0	15,0	86,2
Justice	0,9	0,9	100,0	0,7	0,7	100,0	0,9	- 0,2	-
Agriculture et alimentation	0,0	0,0	-	0,0	-	-	0,6	1,7	38,6
Affaires européennes et étrangères	1,2	1,9	63,2	1,2	1,6	91,1	1,2	3,0	40
Culture	0,2	NC	NC	0,2	NC	-	0,2	NC	NC
Total	**27,4**	**102,4**	**26,7**	**22,5**	**82,4**	**27,3**	**18,3**	**54,9**	**33,3**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[40] Période entre la fin du premier référencement (31/12/2015) et l'entrée en vigueur du deuxième référencement (01/01/2019).

2.2. Le niveau de participation des collectivités territoriales, globalement en augmentation, serait corrélé à leur taille et à la stratégie RH portée par les élus

2.2.1. Environ 70 % des collectivités territoriales participeraient en 2017 à la PSC de leurs agents

Selon l'enquête réalisée par l'Ifop pour la Mutuelle nationale territoriale (MNT) en octobre 2017[41], 69 % des collectivités territoriales participeraient financièrement à la PSC au titre de la prévoyance (soit 28 points de plus qu'en 2010[42]) et 56 % au titre de la santé (soit 28 points de plus qu'en 2010). Cette augmentation du nombre d'agents couverts au titre de la PSC se serait accompagnée en revanche d'une baisse du montant annuel moyen alloué par les collectivités qui s'élevait, par agent en 2017, à 137 € au titre de la prévoyance (contre 210 € en 2013[43]) et à 205 € au titre de la santé (contre 282 € en 2013).

Selon la synthèse des bilans sociaux 2015, 26 % des agents bénéficiaient d'une participation financière de leur collectivité territoriale au titre de la couverture santé et un tiers au titre de la prévoyance. Le montant moyen de la participation au titre de la santé est plus élevé pour les agents de catégorie C que pour les agents de catégorie A, ce qui confirme le recours à une modulation de la participation financière dans un but d'intérêt social.

2.2.2. Hétérogène selon les collectivités, le niveau de participation des employeurs territoriaux serait globalement corrélé à leur taille

Toujours selon l'enquête réalisée en octobre 2017 par l'Ifop pour la MNT, la propension des collectivités à participer à la PSC en santé croît avec leur taille et leurs effectifs. La tendance opposée prévaudrait s'agissant des contrats de prévoyance.

La synthèse des bilans sociaux 2015 indique par ailleurs que :

- près de 90 % des communes et établissements de moins de 1 000 habitants n'avaient pas mis en place de participation à la PSC ;
- 93 % des régions et 83 % des métropoles ou communautés urbaines avaient à l'inverse mis en place un tel dispositif.

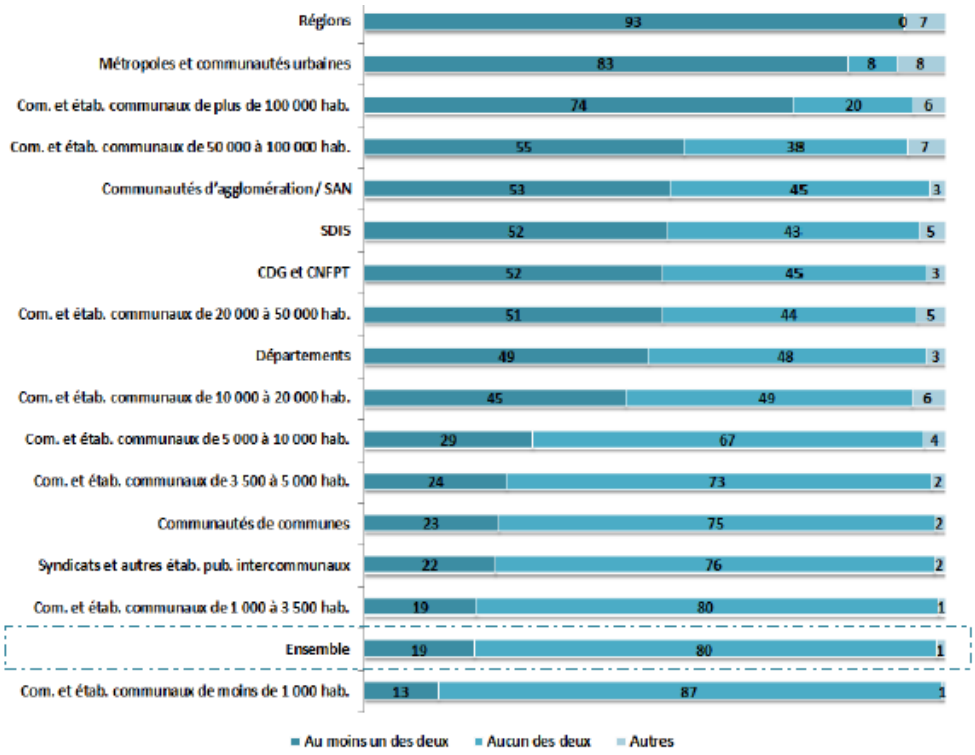
[41] Enquête menée auprès d'un échantillon de 302 décideurs représentatif des collectivités territoriales. La représentativité de l'échantillon a été assurée selon l'Ifop par la méthode des quotas (taille de la collectivité, région) après stratification par type de collectivité.

[42] Sondage Ifop pour la MNT réalisé auprès d'un échantillon de 401 décideurs représentatif des collectivités locales.

[43] Sondage GMV pour la MNT auprès d'un échantillon de 307 décideurs représentatif des collectivités locales.

Annexe V

Graphique 1 : Participation financière à la PSC via une convention de participation et/ou un contrat ou règlement selon le type de collectivité en 2015 (en %)



Source : Synthèse des bilans sociaux 2015.

3. La segmentation engendrée par le deuxième référencement pourrait se traduire par un effondrement des transferts de solidarité pouvant donner lieu à la participation financière des employeurs

3.1. À travers une ouverture à la concurrence qui devait permettre une réduction des tarifs, les ministères ont cherché à réduire leur soutien financier à la PSC en baisse tendancielle depuis 2011

3.1.1. La participation financière annuelle prévue par les ministères dans le cadre de la PSC, soit 28 M€, a diminué de 39 % entre le premier et le deuxième référencement

La participation financière des ministères à la PSC, telle qu'inscrite dans les cahiers des charges[44], a accentué entre 2015 et 2018 une diminution engagée - de longue date, avec une baisse de 20 % du soutien financier des ministères à la PSC entre 2004 où le total des subventions allouées aux mutuelles était estimée à 43,6 M€ et 2013. La tendance constatée entre les deux référencements peut s'expliquer par (i) des arbitrages budgétaires défavorables à la PSC, le montant alloué à cette dernière pouvant servir du fait de sa faible visibilité de variable d'ajustement, ainsi que (ii) par des stratégies de négociation de nouveaux rapports garanties/prix dans le cadre du deuxième référencement et d'une ouverture à la concurrence plus favorables, selon les responsables ministériels rencontrés, aux agents et ne justifiant plus un soutien financier équivalent à celui qui préexistait. Comme le montre le tableau 5, alors que le montant global alloué à la PSC a diminué de 39 %, seuls trois ministères (Armées, Culture et Affaires étrangères) ont maintenu leur engagement de participation au niveau constaté en 2015.

La diminution du soutien financier aux organismes référencés doit aussi tenir compte de la facturation des moyens (agents et locaux) mis à leur disposition qui s'est généralisée depuis 2004. Les ministères n'ont pas communiqué systématiquement à la DGAFP la valeur annuelle des locaux ou des agents mis à disposition et facturée aux organismes référencés. Toutefois, comme le montre le tableau 6, au moins 0,3 M€ correspondent à une aide qui était auparavant accordée en nature au titre du soutien à la PSC.

Enfin, **l'appréciation du soutien financier des ministères à la PSC doit intégrer la question du précompte des cotisations qui reste assuré par cinq ministères, dont quatre à titre gracieux.** Les ministères économiques et financiers sont les seuls à facturer le précompte pour un montant annuel de près de 63 000 € (cf. tableau 7)[45]. Trois ministères (Affaires sociales, Armées et Transition écologique) ont supprimé à la suite de la circulaire DGAFP de juin 2016 la possibilité du précompte des cotisations. Cette évolution aurait engendré, selon les représentants des mutuelles concernées, des coûts substantiels de gestion ainsi que des problèmes d'impayés, en particulier chez les publics les plus fragiles.

---

[44] Le montant effectivement versé est décidé chaque année au regard des transferts de solidarité notifiés pour l'année N-1. Ce montant, variable selon les années en fonction des arbitrages budgétaires propres à chaque ministère, peut différer de celui inscrit dans le cahier des charges. Ainsi, en 2017, le ministère de l'éducation a versé 2 M€ au titre de la PSC (4 M€ en 2016) alors qu'il s'était engagé dans le cadre du premier référencement sur un montant annuel de 12 M€.

[45] Pourtant, la circulaire DGAFP du 27 juin 2016 précisait que le précompte devait être facturé à tous les organismes complémentaires qui en faisaient la demande, qu'ils soient ou non référencés. Selon ce document, le prix facturé du précompte est à déterminé par l'administration au regard, d'une part, du montant plancher du coût de sa mise en œuvre par l'administration (estimée par la Direction générale des finances publiques à 0,28 € par an par adhérent) et, d'autre part, du montant du coût évité d'appel à cotisation lorsqu'il est effectué par l'organisme lui-même

Il convient néanmoins de souligner la résilience des organismes référencés à l'évolution, voire l'absence certaines années, de la participation financière des ministères. Elle peut aussi s'expliquer par la faible part qu'elle représente au regard du total des cotisations collectées. La mission n'a pu établir ce rapport que pour les ministères assurant le précompte des cotisations et ayant communiqué les montants précomptés (cf. tableau 8). Ainsi, pour les cinq ministères considérés, la participation financière de l'employeur représente en moyenne 0,3 % du total des cotisations collectées.

Tableau 5 : Montant de la participation financière à la PSC maximal annoncé par les ministères (en M€)

Ministères	Premier référencement[46]	Deuxième référencement[47]	Évolution (en %)
Ministères économiques et financiers	7,3[48]	4,0	- 45
Éducation nationale et recherche	12,0	4,0	- 66,7
Transition écologique et solidaire	4,5[49]	0,9	- 80
Aviation civile	0,0	0,8	-
Ministères sociaux	0,8	0,4	- 52,2
Armées	16,0	16,0	0,0
Justice	3,0	0,9	- 70,4
Agriculture et alimentation[50]	0,9	0,6	- 33,3
Affaires européennes et étrangères	1,2	1,2	0,0
Culture	0,2	0,2	0,0
Total	**45,9**	**28,2**	**- 38,6**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

(économie annuelle réalisée par adhérent estimée à 1,35 € par la mission d'audit économique et financier des mutuelles de la fonction publique réalisée en 2005-2006).

[46] Il s'agit de la moyenne du niveau de participation constaté entre 2009 et 2016.

[47] Il s'agit du montant inscrit dans le cahier des charges.

[48] Pas de participation budgétaire annuelle maximale inscrite dans le cahier des charges du premier référencement. Il s'agit du montant de la participation financière versée à l'organisme référencé en 2015.

[49] Il s'agit du niveau de participation constaté en 2009.

[50] Ministère uniquement, hors opérateurs.

Annexe V

Tableau 6 : Valeur annuelle des locaux et agents mis à disposition en 2019 par les ministères auprès des organismes référencés (en €)

Ministères	Mise à disposition de locaux (O/N)	Valeur annuelle des locaux mis à disposition	Nombre d'agents mis à disposition	Valeur annuelle des rémunérations des agents mis à disposition
Ministères économiques et financiers	O	27 700	0	-
Éducation nationale et recherche	O	NC	48	NC
Transition écologique et solidaire	O	38 700	4	274 870
Ministères sociaux	O	4 000	0	-
Armées	N	-	27	NC
Justice	O	NC	0	-
Agriculture et alimentation	N	-	0	-
Affaires européennes et étrangères	O	NC	0	-
Culture	N	NC	0	-
Total	**-**	**70 400**	**79**	**274 870**

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

Tableau 7 : Pratique du précompte des cotisations des organismes complémentaires dans les ministères en 2019

Ministères	Précompte assuré (O/N)	Facturation du précompte (O/N)	Coût facturé annuellement (en €)
Ministères économiques et financiers	O	O	62 945
Éducation nationale et recherche	O	N	-
Transition écologique et solidaire	N	N	-
Ministères sociaux	N[51]	-	-
Armées	N[52]	-	-
Justice	O	N	-
Agriculture et alimentation	O	N	-
Affaires européennes et étrangères	O	N	-
Culture	N	-	-

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

[51] Précompte abandonné en janvier 2016.

[52] Précompte abandonné en 2018.

Tableau 8 : Participation financière des ministères rapportée au total des cotisations (santé et prévoyance) collectées par les organismes complémentaires référencés dans les ministères en 2016 (en M€)

Ministères	Total des cotisations collectées	Montant de la participation financière[53]	En % des cotisations collectées
Justice	82,2	0,9	1,0
Armées	540,6	14,1	2,6
Affaires européennes et étrangères	19,5	1,2	6,1
Éducation nationale	1 970,3	4,0	0,2
Agriculture[54]	66,4	0,0	0,0
Total	7 544,4	20,2	0,3

Source : Mission, d'après données communiquées par les ministères.

Encadré 1 : Participation financière des employeurs du secteur privé à la PSC dans le cadre des contrats collectifs obligatoires

Selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), plus d'un établissement sur deux a mis en place ou modifié une couverture existante, du fait de l'ANI de 2013. 84 % des établissements regroupant 96 % des salariés offrent une couverture complémentaire santé contre la moitié des établissements avant l'ANI. La proportion de salariés couverts par une complémentaire santé de leur entreprise atteint désormais 82 %, contre 60 % en 2009.

En revanche, la participation financière de l'employeur est restée stable par rapport à 2009. **En 2017, les employeurs financent en moyenne 58 % de la prime de leurs salariés pour des contrats de complémentaire santé d'entreprise** contre 56 % en 2009. La participation de l'employeur au financement de la complémentaire santé varie faiblement selon la taille de l'entreprise. Elle est un peu plus élevée dans les établissements des très petites et des très grandes entreprises.

Source : Drees, Études et résultats n° 1074, juillet 2018.

3.1.2. Le deuxième référencement, marqué par une concurrence accrue, devrait se traduire par une réduction drastique des transferts de solidarité pouvant donner lieu au soutien financier des employeurs

Dans le cadre du deuxième référencement (cf. annexe n° IV), 16 organismes complémentaires ont été référencés, contre 10 en 2015. Cette concurrence accrue s'est traduite par une pression exercée par les « entrants » sur les tarifs, auxquelles les « tenants », c'est-à-dire les mutuelles historiques conventionnées lors du premier référencement, ont dû répondre.

[53] Participation financière effectivement versée en 2016.

[54] HFP uniquement.

S'il est trop tôt pour apprécier pleinement les effets de ce deuxième référencement, qui a été initié entre 2017 et 2018 selon les ministères, les premières données communiquées à la mission indiquent que, pour la plupart des organismes complémentaires, le stock des adhérents, en particulier les retraités, sont restés sur les contrats anciennement référencés, à l'exception de deux OC ayant effectué une bascule totale sur le nouveau contrat référencé. Ce constat s'explique par (i) la difficulté à informer les retraités, méconnus des ministères et naturellement peu enclins à changer de contrat, de l'existence d'un nouveau référencement mais également par (ii) le défaut de volonté des organismes référencés, soit, pour les « tenants », à cause des contraintes associées à ces offres, notamment l'exclusion de la prévoyance et de l'adhésion groupée à une mutuelle d'action sociale, soit, pour les « tenants » comme pour les « entrants », par réticence à basculer sur une offre sous-tarifée pour des « mauvais risques » qui remettraient en cause sa viabilité ou parce que l'appel d'offre leur a interdit l'inclusion de la garantie dépendance ou l'adhésion groupée à une mutuelle d'action sociale organisée dans le cadre du livre III du code de la mutualité. En conséquence, le faible nombre d'adhérents constaté sur les contrats nouvellement référencés sont essentiellement de jeunes actifs, ce qui se traduira dès la première année du référencement par un effondrement des transferts de solidarité intergénérationnels. Cette évolution limitera en pratique la capacité des ministères à allouer à la PSC le budget annuel auquel ils s'étaient engagés dans les cahiers des charges.

ANNEXE VII

Comparaison des niveaux de couverture en prévoyance dans les offres référencées en 2017-2018

(CERTAINES INFORMATIONS ONT ETE OCCULTÉES EN APPLICATION DU CODE DES RELATIONS ENTRE LE PUBLIC ET L'ADMINISTRATION, ARTICLES L311-6 ET L311-7)

SOMMAIRE

1. LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE VISENT À INDEMNISER LES AGENTS PLACÉS DANS DES SITUATIONS STATUTAIRES ENTRAINANT UNE BAISSE DE RÉMUNÉRATION 1

1.1. Les règles régissant la rémunération des fonctionnaires en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité sont spécifiques 1

1.1.1. En cas d'incapacité de travail, la durée et le niveau de maintien de la rémunération dépendent de la nature de celle-ci 1

1.1.2. En cas d'invalidité, le statut prévoit l'attribution anticipée d'une pension de retraite, calculée selon des règles particulières 3

1.1.3. Un capital est versé aux ayants droits en cas de décès d'un fonctionnaire 4

1.2. Les contractuels de droit public bénéficient de dispositions moins favorables 4

1.3. Les garanties statutaires sont difficilement comparables avec le dispositif couvrant les salariés du secteur privé combinant prestations en espèces de la sécurité sociale, maintien du salaire par l'employeur et garanties de prévoyance instituées par les branches, de niveau variable selon celles-ci 4

2. LES DISPOSITIONS ENCADRANT LES OFFRES DE PRÉVOYANCE POUVANT ÊTRE PROPOSÉES AUX AGENTS DIFFÈRENT ENTRE FONCTIONS PUBLIQUES D'ÉTAT ET TERRITORIALE 6

2.1. Dans la FPE, le couplage avec la couverture complémentaire santé et des niveaux minimaux de garanties sont imposés 6

2.2. Dans la FPT, seules les offres sélectionnées dans le cadre des conventions de participation sont soumises à des conditions réglementaires, portant sur leurs modalités de tarification 7

3. L'EXAMEN DES OFFRES DE PRÉVOYANCE RÉFÉRENCÉES PAR LES MINISTÈRES MONTRE QU'ELLES COMPLÈTENT LES GARANTIES STATUTAIRES, LA PRÉSENTATION D'OPTIONS PERMETTANT DE DIVERSIFIER LES NIVEAUX DE COUVERTURE 8

3.1. Les organismes complémentaires assurant les garanties de prévoyance sont fréquemment distincts de ceux opérant sur la complémentaire santé 8

3.2. La question du transfert des adhérents vers les nouvelles offres au terme du référencement est diversement traitée 10

3.3. Les offres proposées viennent compléter les protections statutaires sans garantir toutefois une adéquation parfaite entre les décisions des employeurs et les droits aux prestations, les niveaux de garanties dépendant des niveaux de cotisation choisis par les agents 11

3.3.1. Les offres retenues respectent les minima et conditions réglementaires 11

3.3.2. Les organismes référencés ont presque tous défini des exclusions de couverture et introduit des modalités de contrôle médical, sans encadrement par les cahiers des charges 13

3.3.3. Les garanties d'incapacité temporaire s'ajustent aux conditions statutaires de rémunération, le niveau global des revenus maintenus dépendant des options choisies 14

3.3.4. En invalidité, la couverture du risque en adéquation avec les garanties statutaires n'est obtenue que dans certaines options 17

3.3.5. Les capitaux versés en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue complètent les garanties statutaires 20

3.4. La garantie dépendance reste proposée en option dans plusieurs ministères ... 20

4. DANS LA FPT, LES NIVEAUX DE COUVERTURE OFFERTS SONT MAL CONNUS DU FAIT DE LA DIVERSITÉ DES OFFRES 20

4.1. Malgré la participation des employeurs, seul un agent sur deux environ serait couvert en prévoyance 21

4.2. Le contenu des offres labellisées ou conventionnées n'est pas précisément connu. 22

4.3. La mise en concurrence des organismes complémentaires dans le cadre des conventions de participation peut être préjudiciable à la pérennité de la protection des agents, particulièrement en prévoyance 22

1. Les garanties de prévoyance visent à indemniser les agents placés dans des situations statutaires entrainant une baisse de rémunération

1.1. Les règles régissant la rémunération des fonctionnaires en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité sont spécifiques

1.1.1. En cas d'incapacité de travail, la durée et le niveau de maintien de la rémunération dépendent de la nature de celle-ci

Les statuts des trois fonctions publiques prévoient des dispositions particulières d'indemnisation en cas d'incapacité de travail due à une maladie ou à un accident, reposant sur le maintien total ou partiel de la rémunération par l'employeur. La durée de maintien de la rémunération et son niveau dépendent de l'origine de l'incapacité (imputable au service ou non), ainsi que de la nature de la maladie :

- dans le **congé de maladie ordinaire (CMO)**, le fonctionnaire bénéficie du maintien de son traitement indiciaire pendant trois mois. Son traitement est ensuite réduit de moitié pendant les neuf mois suivants[1]. En cas d'accident ou de maladie imputable au service l'agent à droit au maintien de son plein traitement pendant un an ;
- lorsque le fonctionnaire est atteint d'une maladie qui *« rend nécessaires un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée »*[2], il peut être placé en **congé de longue maladie (CLM)** pour une durée de 3 ans, avec maintien du traitement pendant un an et réduction de moitié pendant les deux années suivantes. Dans le cas où l'origine de la pathologie est imputable au service, le traitement est maintenu pendant les trois ans ;
- lorsque le fonctionnaire est atteint de certaines pathologies[3], il peut être placé en **congé de longue durée (CLD)** pendant cinq ans, avec trois ans à plein traitement et deux ans à demi-traitement. Lorsque l'affection est imputable au service, la durée du CLD est portée à huit ans dont cinq à plein traitement et trois à demi-traitement.

Le demi-traitement versé au fonctionnaire ne peut toutefois être inférieur au montant des indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS) qu'il aurait perçues s'il relevait du régime général. En ce cas, l'administration employeur lui verse une indemnité différentielle. En pratique cela concerne les personnes ayant au moins trois enfants à charge pour lesquelles les indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS) sont calculées à partir du 31ème jour d'arrêt maladie sur la base des 2/3 du gain journalier plafonné et dont la rémunération est inférieure au plafond de rémunération pris en compte pour le calcul des IJSS[4].

---

[1] Le passage à mi- traitement s'effectue dès lors que l'agent a bénéficié, de manière continue ou discontinue, de son plein traitement pendant trois mois de congé maladie sur une période de référence de douze mois à la date de sa demande de congé.

[2] Cette formulation est reprise à l'identique dans les lois relatives aux statuts des trois fonctions publiques. Un arrêté ministériel 14 mars 1986 fixe la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie. Cette liste n'est pas exhaustive, le congé de longue maladie pouvant être accordé pour une autre pathologie entrainant les mêmes conséquences.

[3] Tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis.

[4] Ce plafond est fixé à 1,8 SMIC. Les IJSS ne peuvent en conséquence dépasser 45,01 € / jour en 2019 ou 60,02 €/jour à partir du 31ème jour pour les personnes ayant trois enfants à charge.

A l'issue de ces congés, si l'agent est déclaré inapte à la reprise de son travail et ne peut être reclassé dans un autre poste, il peut faire l'objet d'une **mise en disponibilité d'office pour raisons de santé**, donnant lieu au versement d'IJSS par l'employeur, au maximum pendant trois ans (pour les personnes en ALD) dont il faut déduire la période de maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur public, ou, s'il est reconnu atteint d'une invalidité réduisant sa capacité de travail au moins des deux tiers, il peut bénéficier d'une **allocation d'invalidité temporaire**[5] (AIT) puis, en cas d'inaptitude définitive, être mis en retraite pour invalidité (cf. *infra* 1.1.2.).

Si l'incapacité de travail est d'origine professionnelle, à l'issue des congés maladie, l'agent continuera à percevoir son plein traitement (CMO, CLM) ou demi-traitement (CLD à l'issue des 8 ans) dans l'attente de la décision de son reclassement ou de sa mise en retraite pour invalidité[6]. Par ailleurs, l'agent peut percevoir en cas d'incapacité permanente, une **allocation temporaire d'invalidité (ATI)**[7] qui, s'il est mis ensuite à la retraite pour invalidité, sera transformée en rentre viagère d'invalidité venant s'ajouter à la pension de retraite.

Ce sont des instances médicales spécifiques à la fonction publique[8] qui émettent des avis sur l'ensemble des situations individuelles visées, préalablement à la décision de l'employeur :

- les comités médicaux se prononcent sur la prolongation des CMO au-delà de 6 mois consécutifs, l'attribution et le renouvellement des CLM et CLD, la réintégration après ces congés, la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement et le reclassement d'un fonctionnaire dans un autre emploi ;
- les commissions de réforme donnent un avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie et sur l'état de santé, le taux d'invalidité, notamment de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI) ou de la de mise à la retraite pour invalidité.

Le calcul de la rémunération dans les cas de passage à demi-traitement obéit à des règles complexes qui peuvent varier selon les versants de la fonction publique et les employeurs en ce qui concerne les primes et indemnités s'ajoutant au traitement indiciaire :

- l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont intégralement maintenus pendant toute la durée des congés maladie ;
- la nouvelle bonification indiciaire (NBI) suit le sort du traitement indiciaire en cas de CMO, mais est suspendue dans le CLD. Pour le CLM, elle suit le sort du traitement indiciaire, sauf si l'agent a été remplacé dans ses fonctions, auquel cas elle est suspendue ;

---

[5] Articles D 712-13 à D 712-18 du code de la sécurité sociale. Les agents reconnus invalides sont classés en trois groupes dont la définition correspond à celles des trois catégories d'invalidité de la sécurité sociale et dont les montants plafonds d'allocation sont identiques à ceux des pensions d'invalidité (cf. *infra* 1.2).

[6] A l'issue du CLD, il peut également être mis en disponibilité d'office pour raison de santé (avec maintien du demi-traitement).

[7] Le montant mensuel de l'ATI est égal au taux d'invalidité multiplié par 1 148 € en 2019 (traitement brut de l'indice majoré 245).

[8] L'organisation de ces instances varie selon les versants de la fonction publique : pour l'État, les instances sont soit ministérielles (pour les agents des administrations centrales et établissements publics administratifs, certains de ces derniers disposant toutefois de leurs propres instances) ou départementales, le secrétariat de ces instances départementales étant assuré par les DDCS/DDCSPP. Ces instances départementales traitent aussi de la situation des agents de la fonction publique hospitalière à l'exception de ceux de certains grands établissements (comme l'AP-HP) qui disposent de leurs propres instances. Pour les agents de la fonction publique territoriale, le secrétariat des instances est assuré depuis 2012 par les centres de gestion (CDG), voire de façon autonome par certaines collectivités non affiliées elles-mêmes.

- les autres primes et indemnités, dans la fonction publique de l'État, suivent en règle générale le sort du traitement indiciaire pendant le CMO[9]. C'est également le cas dans le CLM et le CLD sauf pour celles *« qui sont attachées à l'exercice des fonctions ou qui ont le caractère de remboursement de frais »*[10] qui sont suspendues ;
- dans la fonction publique territoriale, les conditions de suspension ou de maintien des primes et indemnités sont fixées par délibération de la collectivité ;
- dans la fonction publique hospitalière, l'indemnité de sujétion spéciale est maintenue dans la même proportion que le traitement et la prime de service subit un abattement de 1/140ème par jour d'absence.

La rémunération des agents en congé maladie peut ainsi varier selon le type de congés maladie dont ils bénéficient, l'employeur et la nature des primes et indemnités qu'ils reçoivent.

1.1.2. En cas d'invalidité, le statut prévoit l'attribution anticipée d'une pension de retraite, calculée selon des règles particulières

Lorsque l'agent public a épuisé les droits en congés maladie décrits précédemment, que son incapacité à exercer ses fonctions est devenue définitive et qu'aucune possibilité de reclassement n'a pu être trouvée, il peut être mis à la retraite, soit à sa demande, soit d'office.

La pension est calculée en tenant compte du nombre de trimestres acquis (y compris ceux correspondant aux périodes de congés maladie) et du dernier traitement indiciaire perçu pendant au moins six mois, mais sans application de la décote. Par ailleurs, si le taux d'invalidité attribué par la commission de réforme est supérieur à 60 %, la pension ne peut être inférieure à 50 % du traitement indiciaire des six derniers mois. En outre, en cas d'invalidité nécessitant le recours constant à une tierce personne, une majoration spéciale peut être allouée (1 183,73 € par mois.).

Dans le cas où l'invalidité est imputable au service, une rente viagère d'invalidité s'ajoute à la pension. Son montant est égal à une fraction du dernier traitement indiciaire égale à son taux d'invalidité.

[9] Les primes liées au résultat peuvent toutefois être diminuées si l'agent n'a pas atteint ses objectifs du fait de la maladie. Les primes et indemnités représentatives de frais et les primes liées à l'organisation du temps de travail sont suspendues (circulaire DGAFP du 22 mars 2011 relative à l'application du décret n° 2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'État et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés.

[10] Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

1.1.3. Un capital est versé aux ayants droits en cas de décès d'un fonctionnaire

L'article D 712-19 du code de la sécurité sociale prévoit le versement d'un capital aux ayants droit d'un fonctionnaire décédé en position d'activité, de détachement ou de disponibilité. Si le décès survient avant l'âge légal de départ en retraite (62 ans), ce capital est forfaitaire (13 844 € en 2019[11]) si le décès n'est pas imputable au fonctions, mais fixé à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle. En outre, si le décès est consécutif à un attentat, à une lutte dans l'exercice de ses fonctions, ou à un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, ce capital est versé trois années de suite. Si le décès survient après l'âge légal de départ en retraite, le capital versé est forfaitaire et d'un montant plus faible (3 461 € en 2019).

1.2. Les contractuels de droit public bénéficient de dispositions moins favorables

Les agents contractuels bénéficient de dispositions du même type mais moins favorables puisque la durée de leurs droits à congés maladie dépend de leur ancienneté dans l'emploi public et que la durée d'indemnisation par l'employeur est moindre[12] : ainsi, un agent comptant au moins trois ans de service aura droit en CMO à trois mois à plein traitement et trois mois à demi-traitement, et, en congé de grave maladie (dont la définition est identique à celle du CLM) à un an à plein traitement et deux ans à demi traitement[13].

En situation d'invalidité et en l'absence de reclassement, ils peuvent faire l'objet d'un licenciement pour inaptitude, comme les salariés de droit privé et bénéficier d'une pension d'invalidité de la sécurité sociale, dont le montant dépend de la catégorie dans laquelle ils sont classés[14].

1.3. Les garanties statutaires sont difficilement comparables avec le dispositif couvrant les salariés du secteur privé combinant prestations en espèces de la sécurité sociale, maintien du salaire par l'employeur et garanties de prévoyance instituées par les branches, de niveau variable selon celles-ci

Les règles déterminant les modalités de rémunération des fonctionnaires apparaissent au premier abord plus favorables que celles s'appliquant aux agents de droit privé. Les conditions de versement des prestations en espèces du régime général de sécurité sociale se distinguent en effet des garanties statutaires par plusieurs aspects :

---

[11] Chaque enfant bénéficiaire du capital décès reçoit en outre une somme complémentaire forfaitaire (833,36 € en 2019).

[12] Cf. par exemple le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'État pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

[13] En revanche, un agent comptant moins de 4 mois de service n'a pas droit au maintien de son salaire.

[14] 1re catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée (30 % du salaire moyen avec un plafond mensuel de 1 013,10 €) ; 2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque (50 % du salaire moyen avec un plafond mensuel de 1 688,50 €) ; 3ème catégorie ; invalides étant absolument incapables d'exercer une profession et étant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (50 % du salaire moyen + 40 % de majoration pour tierce personne avec un plafond mensuel de 2 810,43 €).

- l'existence de conditions d'activité professionnelle antérieure à l'arrêt de travail dépendant de la durée de l'arrêt[15] ;
- l'application d'un délai de carence de trois jours pendant lesquels les indemnités journalières ne sont pas dues à chaque arrêt de travail ;
- la détermination du salaire servant de base au calcul des indemnités journalières (IJSS) sur une période de référence de trois mois (salariés mensualisés) ou douze mois (salariés non mensualisés), avec l'application d'un plafonnement du salaire pris en compte à 1,8 fois le SMIC ;
- le plafonnement du montant de l'IJ, égale à 50 % du gain journalier de référence, à un montant fixé en 2019 à 45,01 € / jour (60.02 €/jour à partir du 31ème jour pour les personnes ayant trois enfants à charge).

Toutefois, l'indemnisation par la sécurité sociale est complétée, pour la majorité des salariés (à l'exception de ceux travaillant à domicile, des travailleurs saisonniers, intermittents ou temporaires), par deux niveaux de garanties :

- d'une part, la loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle impose aux employeurs l'obligation de compléter les IJSS pour maintenir 90% de la rémunération brute de leurs salariés comptant plus d'un an d'ancienneté en cas arrêt de travail (à partir du 8ème jour), pendant une durée croissante selon leur ancienneté, puis les 2/3 de la rémunération, pendant une seconde période dont la durée dépend également de l'ancienneté dans l'entreprise ;
- d'autre part, les conventions collectives ou les accords d'entreprise peuvent instaurer des dispositifs de prévoyance collective obligatoire venant compléter les indemnités de sécurité sociale et les effets de la mensualisation, portées par des organismes assureurs.

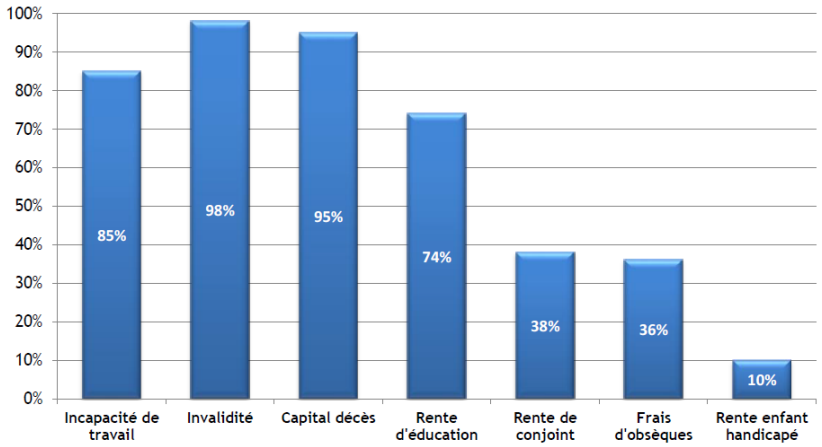
Les garanties de prévoyance offertes par les organismes assureurs, dans le cadre de contrats collectifs ou individuels, ont pour principal objet d'apporter des prestations monétaires venant compléter les ressources des personnes subissant une perte de revenu du fait d'une incapacité de travail temporaire ou définitive ou celles de leurs conjoints et ayants droit en cas de décès de l'assuré.

Le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) recensait ainsi en janvier 2018[16] 215 branches professionnelles de plus de 50 000 salariés de salariés ayant signé un accord de branche en prévoyance, couvrant 15 millions de salariés (pour 19, 355 millions de salariés de droit privé en France au premier trimestre 2018). Dans les 39 branches couvrant plus de 100 000 salariés (soit 11.4 millions de salariés au total), les risques les plus fréquemment couverts sont l'incapacité temporaire, l'invalidité et le décès.

[15] Cotisation sur au moins 1015 fois le SMIC horaire dans les six mois précédents ou 150 heures de travail dans les trois mois précédents pour un arrêt de moins de six mois ; immatriculation sur au moins douze mois et cotisation sur au moins 2030 fois le SMIC horaire dans les douze mois précédents ou 600 heures dans les douze mois précédents au-delà.

[16] « Les accords de branche en prévoyance, focus sur 62 branches couvrant plus de 50 000 salariés », CTIP, janvier 2018.

Graphique 1 : Part des accords de prévoyance des branches de plus de 100 000 salariés couvrant les différents types de garanties



Source : Étude CTIP.

Les niveaux des garanties offertes dans les branches de plus de 100 000 salariés (couvrant 11,4 millions de salariés) peuvent toutefois varier sensiblement d'une branche à l'autre : ainsi, en incapacité temporaire, les prestations versées permettent d'atteindre, avec les IJSS et les garanties de mensualisation, en moyenne 75 % du salaire de référence mais ce niveau peut varier de 15 à 100 % ; en invalidité, 98 % des accords prévoient l'attribution d'une rente, représentant en moyenne 48 % du salaire de référence en catégorie 1 et 70 % en invalidité de catégorie 2 et 3.

Selon le CTIP, 51 % des employeurs des branches de plus de 100 000 salariés participent au financement de ces garanties à hauteur de 50 % et 49 % au-delà de ce taux.

2. Les dispositions encadrant les offres de prévoyance pouvant être proposées aux agents diffèrent entre fonctions publiques d'État et territoriale

2.1. Dans la FPE, le couplage avec la couverture complémentaire santé et des niveaux minimaux de garanties sont imposés

Consacrant un principe inscrit de longue date dans les règlements des mutuelles de la fonction publique, le décret du 19 septembre 2007 impose, **pour les actifs**, le couplage entre les garanties santé et une partie des garanties de prévoyance : pour être éligible à la participation des employeurs, les garanties doivent comporter à la fois la couverture des risques santé, incapacité de travail et *« tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès »*. Cette règle vise à limiter l'anti-sélection de « mauvais risques » qui seraient amenés à souscrire la couverture prévoyance alors que les « bons risques » ne seraient pas incités à le faire. En revanche, cette règle ne permet pas aux agents publics couverts, comme ayants droit sur le contrat collectif de leurs conjoints, de souscrire volontairement une couverture de prévoyance, les agents concernés représentant environ 15% des actifs publics en 2014 (cf. annexe VI).

Le décret de 2007 encadre par ailleurs le niveau des prestations servies :

- pour l'incapacité temporaire, la somme des prestations servies et de la rémunération versée par l'employeur (demi-traitement) ou des IJSS doit atteindre au minimum 75 % du traitement indiciaire brut (TIB) sans dépasser 100% de la rémunération nette totale ;

- le capital versé en cas d'IPA ou de décès doit atteindre au minimum 70 % du TIB annuel.

Le décret interdit en outre à l'organisme assureur de tenir compte de l'état de santé dans la tarification du risque sauf si l'adhésion est postérieure de cinq ans à l'entrée dans la fonction publique (durée réduite à deux ans par le décret du 5 juillet 2010 pour les militaires), auquel cas il peut établir le tarif sur la base d'un questionnaire médical. Il prévoit en outre que les cotisations sont définies en fonction du traitement ou de la rémunération (donc sans tenir compte de l'âge), en cohérence avec la détermination des prestations en fonction du traitement antérieur.

Enfin, il est à noter que le mode de calcul de la participation financière de l'employeur, plafonnée par le montant des transferts de solidarité intergénérationnels et familiaux sur le risque santé n'autorise pas les ministères à soutenir directement l'adhésion de leurs agents aux garanties de prévoyance[17].

2.2. Dans la FPT, seules les offres sélectionnées dans le cadre des conventions de participation sont soumises à des conditions réglementaires, portant sur leurs modalités de tarification

Le décret du 8 novembre 2011 n'impose en revanche aucun couplage entre les garanties santé et prévoyance. Il prévoit toutefois que ces dernières doivent couvrir le risque incapacité temporaire de travail et *« le cas échéant, tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès ».*

Le décret définit les règles à respecter par les garanties pouvant bénéficier du financement de l'employeur :

- pour les offres labellisées, la seule exigence est de couvrir le risque d'incapacité de travail ;
- pour les offres sélectionnées dans le cadre des conventions de participation, les conditions sont les suivantes :
  - la tarification doit être uniforme et être exprimée en pourcentage de la rémunération ;
  - l'adhésion ne peut être conditionnée par l'âge ou l'état de santé des agents à condition que cette adhésion intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ou du règlement ou dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche. Au-delà de ce délai, l'adhésion pourra être subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical ;

En outre, l'arrêté du 8 novembre 2011[18] prévoit que les organismes complémentaires candidats pour les garanties de prévoyance dans le cadre d'une convention de participation fournissent une estimation du montant des transferts de solidarité intergénérationnels prévisionnels, calculés comme le résultat d'exploitation prévisionnel pour les adhérents âgés de plus de 50 ans[19].

---

[17] On pourrait toutefois considérer que les garanties santé et prévoyance étant obligatoirement couplées, la participation financière de l'employeur soutient aussi la prévoyance, à condition que le niveau des transferts de solidarité sur le risque santé permettent de verser une participation financière,

[18] Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation.

[19] Différence entre les prestations versées (majorées des variations de provisions et d'un chargement de gestion forfaitaire de 10 %) et les cotisations correspondantes, majorées des variations de provision pour cotisations non acquises.

A la différence des employeurs de la FPE, les collectivités territoriales peuvent par ailleurs participer au financement des garanties de prévoyance labellisées ou conventionnées auxquelles leurs agents ont adhéré et moduler leur participation en fonction du revenu et de la situation familiale de ceux-ci, sans être limitées par le montant des transferts de solidarité.

3. L'examen des offres de prévoyance référencées par les ministères montre qu'elles complètent les garanties statutaires, la présentation d'options permettant de diversifier les niveaux de couverture

La mission a pu examiner l'ensemble des offres retenues à l'issue de la deuxième phase de référencement, notamment les descriptifs des garanties et des barèmes de tarification. Elle n'a toutefois pas eu accès à la totalité des règlements mutualistes, contrats ou notices d'informations correspondants, documents qui n'étaient généralement pas joints aux offres communiquées par les ministères et qui ne sont pas toujours accessibles en ligne. Or ces documents sont importants pour identifier les conditions d'ouverture de droits aux différentes garanties, les sinistres exclus de la couverture ou les conditions de cessation des garanties et de fin de versement des prestations, qui ne sont généralement pas fixées par les cahiers des charges des ministères.

Les constats qui suivent ne sont donc pas exhaustifs mais permettent néanmoins de relever des points communs ou des différences entre les offres référencées.

3.1. Les organismes complémentaires assurant les garanties de prévoyance sont fréquemment distincts de ceux opérant sur la complémentaire santé

La règlementation des activités d'assurance imposant un agrément des organismes par branche d'activité peut ne pas permettre à un seul organisme d'offrir l'ensemble des garanties incluses dans le référencement dès lors qu'ils n'ont pas sollicité l'ensemble des agréments nécessaires : les garanties santé relèvent de la branche 1 (accident) et 2 (maladie), ces deux branches pouvant assurer les risques perte de rémunération et invalidité (rente) alors que le versement d'un capital décès ou incapacité permanente et absolue (IPA)[20] relève de la branche 20 (vie-décès). En outre, la spécificité de chaque garantie et des règles prudentielles qui s'y attachent peut conduire des organismes à se spécialiser au sein de chaque branche sur certaines garanties et/ou à faire appel à un organisme co-assureur pour diviser les risques.

De ce fait, le panorama des organismes assurant les garanties de prévoyance dans le cadre du 2ème référencement apparaît plus large que celui des organismes couvrant les garanties de santé.

[20] Appelée parfois également « perte totale et irréversible d'autonomie » (PTIA).

Tableau 1 : organismes participant à la couverture des garanties de prévoyance dans le cadre du deuxième référencement

	Organisme assureur des garanties		
Ministère Organismes référencés	**Incapacité temporaire de travail (ITT)**	**Capital Décès-IPA-PTIA**	**Rente invalidité**
Ministères sociaux			
MGAS-SHAM	Coassurance MGAS - SAM SHAM sur l'ensemble des risques prévoyance, MGAS mandataire	PTIA : coassurance MGAS - SAM SHAM Décès : coassurance MGAS)-SA SHAM-Vie	Coassurance MGAS - SAM SHAM
MGEN	MGEN	MGEN Vie	MGEN
Ministère de l'économie et des finances			
MGEFI	MGEFI	MFP prévoyance (contrat souscrit par MGEFI)	MGEFI
MTES-MCT			
MGEN	MGEN	MGEN Vie	MGEN
MEN-MESR-Culture-MJS			
MGEN	MGEN	MGEN Vie	MGEN
Intériale	Intériale	Intériale	Coassurance AXA France Vie-UITSEM
CNP	CNP Assurances – gestion par Owliance		
Ministère des Armées			
Groupement FORTEGO (mandataire AGPM assurances)	Mutuelle civile de la défense	co-assurance AGPM vie et Allianz vie	co-assurance AGPM vie et Allianz vie
Harmonie Fonction publique	Informations non disponibles		
Intériale	Informations non disponibles		
UNEO	UNEO avec GMF en réassurance		
Ministère de la Justice			
Intériale	Informations non disponibles		
Ministère des affaires étrangères			
Mutuelle des affaires étrangères et européennes	MGEN	MGEN : IPA MGEN Vie : décès, rente enfant handicapé	MGEN
Ministère de l'Agriculture			
AG2R	AG2R-REUNICA PREVOYANCE		
GROUPAMA	Informations non disponibles		
Harmonie fonction publique	MUTEX (contrat souscrit par HFP)		

Source : Mission, d'après documents collectés auprès des ministères et organismes.

À noter que dans plusieurs cas, l'organisme assureur de certaines garanties n'apparaît pas dans la convention de référencement mais seulement dans le règlement ou le contrat définissant les conditions applicables aux garanties. Dans deux cas, il s'agit d'un contrat souscrit par l'organisme référencé auprès de l'organisme assureur.

Cette multiplicité des organismes participant à la couverture des risques ne paraît toujours bien identifiée par les ministères. Les conventions mentionnent les organismes intervenant en co-assurance mais pas les autres types d'intervention comme la souscription d'un contrat par l'organisme référencé auprès d'un autre organisme assureur, ces contrats pouvant néanmoins figurer en annexe[21]. Le choix de ne rendre signataire de la convention qu'un seul organisme mandataire répond au souhait des ministères d'en simplifier la gestion, mais leur donne peu de prise sur le contenu des contrats éventuellement passés entre les organismes assureurs.

3.2. La question du transfert des adhérents vers les nouvelles offres au terme du référencement est diversement traitée

L'annexe sur l'évolution de la population couverte par les offres référencées (annexe n° VI) met en évidence, dans plusieurs ministères, la lenteur du transfert des adhérents aux offres retenues lors du premier référencement vers celles retenues dans le cadre du deuxième référencement. Compte tenu du caractère facultatif de l'adhésion, les dispositions réglementaires n'encadrent pas les conditions de ce transfert en dehors d'une obligation d'information des adhérents à la charge de l'organisme perdant son référencement, celui-ci devant en outre permettre à ses adhérents de changer d'organisme dans un délai de trois mois après l'envoi de cette information[22].

Une des explications de cette situation réside dans le fait qu'en l'absence de dispositions liant la durée de validité des contrats et règlements mutualistes collectifs à la durée du référencement, ceux-ci peuvent continuer à s'appliquer si l'adhérent n'utilise pas la possibilité de résiliation mentionnée ci-dessus, étant précisé qu'en ce cas, il ne peut ensuite résilier son adhésion qu'aux échéances annuelles suivantes.

Les conventions de référencement prévoient toutes la possibilité de résiliation à l'initiative du ministère concerné et traitent des conséquences de cette résiliation, ainsi que des conséquences du non renouvellement, en prévoyant les modalités de transfert au nouvel organisme référencé des données relatives aux adhérents, à la sinistralité et aux dépenses constatées, ainsi que les modalités d'information des adhérents, conformément aux termes du décret. Elles prévoient en outre le maintien des droits aux prestations de prévoyance nés avant leur terme et énoncent le principe d'un transfert des provisions relatives à ces prestations entre l'ancien et le nouvel organisme référencé.

[21] C'est notamment le cas des conditions générales et particulières du contrat souscrit par la MGEFI auprès de MFP prévoyance qui sont jointes en annexe de la convention de référencement passée par le ministère chargé de l'économie et des finances. En revanche, le contrat passé par Harmonie fonction publique avec MUTEX dans le cadre du référencement du ministère de l'agriculture n'est pas annexé à la convention.

[22] Article 11 du décret du 19 septembre 2007. Ce texte n'impose en revanche aucune obligation à un organisme conservant son référencement mais pour une nouvelle offre.

Toutefois, elles ne précisent souvent le sort des contrats et règlements mutualistes collectifs au terme du référencement que de façon allusive : ainsi une formule fréquemment utilisée dans le chapitre relatif à la prise d'effet des garanties est que *« les garanties cessent de produire leurs effets à la date d'effet de la résiliation ou de non renouvellement de la convention de référencement* ***et, en conséquence, des contrats ou règlements qu'elles mettent en œuvre***[23] *»,* sous réserve du maintien des garanties sur les risques survenus. D'autres conventions utilisent une formule plus directe, mais seulement en cas de résiliation anticipée : *« la résiliation anticipée entraine de plein droit la caducité du règlement mutualiste collectif / des contrats collectifs conclu / conclus pour son application »*[24]*.* D'autres conventions ne prévoient pas de dispositions particulières, en dehors des obligations prévues par le décret de 2007[25].

Les dispositions des règlements et contrats collectifs peuvent toutefois venir préciser ce point en établissant un lien entre le terme de la convention et leur propre terme. Dans les règlements mutualistes collectifs de la MGEN, ce lien est ainsi établi : « *la résiliation ou le non renouvellement de la convention et, par voie de conséquence, du présent règlement… ».* Dans le cas d'un contrat collectif à adhésion facultative souscrit directement par un ministère auprès d'un organisme assureur[26], le terme du référencement met fin au contrat. La situation peut en revanche être variable pour un contrat collectif souscrit par la mutuelle référencée auprès d'un autre organisme[27], qui peut prévoir une résiliation automatique ou ne rien prévoir, laissant aux parties la possibilité de le prolonger ou de le remplacer par un autre contrat.

La fixation d'un terme au règlement ou contrat collectif peut faciliter le transfert des adhérents vers la nouvelle offre référencée **mais ne garantit toutefois pas l'automaticité de ce transfert** puisque l'organisme assureur pourra toujours proposer à ses adhérents un nouveau règlement ou contrat[28]. Certains contrats ou règlements prévoient même expressément cette possibilité en engageant l'assureur à proposer à leur terme aux adhérents préalablement couverts une couverture individuelle, avec des niveaux de garanties identiques, sans délai d'attente ni formalités médicales.

3.3. Les offres proposées viennent compléter les protections statutaires sans garantir toutefois une adéquation parfaite entre les décisions des employeurs et les droits aux prestations, les niveaux de garanties dépendant des niveaux de cotisation choisis par les agents

3.3.1. Les offres retenues respectent les minima et conditions réglementaires

L'analyse des cahiers des charges établis par les ministères et des offres référencées montre que celles-ci respectent les conditions réglementaires fixées par le décret du 19 septembre 2007.

---

[23] Conventions des ministères sociaux et du ministère de la Justice.

[24] Conventions du MEN-MESR et du ministère des Armées.

[25] Conventions des ministères chargés des affaires étrangères, de l'agriculture, de l'économie et des finances. A noter toutefois que ce dernier organise dans sa nouvelle convention passée avec le même organisme le basculement des adhérents vers la nouvelle offre en décidant de la fermeture de l'offre précédente.

[26] Contrats souscrits par le ministère des armées, de l'agriculture (avec AG2R), le MEN-MESR (avec la CNP)

[27] Contrat souscrit par Intériale auprès d'Axa France Vie et de l'UITSEM (référencement MEN-MESR) ; contrat souscrit par HFP auprès de Mutex (référencement du ministère de l'agriculture). A noter par ailleurs le cas particulier du contrat collectif de prévoyance souscrit par l'association MGAS Protection auprès de la MGAS et de la SHAM dans le cadre du référencement des ministères sociaux.

[28] Pour mémoire, les règlements mutualistes sont adoptés par l'assemblée générale des adhérents, donc par la mutuelle seule, alors que les contrats sont négociés entre au moins deux parties.

Le couplage, pour les actifs, entre garanties santé et une partie des garanties de prévoyance est ainsi systématiquement assuré avec au minimum la couverture des risques incapacité temporaire de travail, capital décès et invalidité permanente et absolue (IPA, également dénommée « perte totale et irréversible d'autonomie-PTIA »). Le versement d'une rente temporaire en cas d'invalidité n'est en revanche proposé qu'en option, sauf dans quelques ministères[29]. Par ailleurs, les retraités n'ont accès qu'à certaines garanties, telles que la couverture du risque dépendance lorsque celle-ci est proposée en option.

La recommandation de la circulaire du 27 juin 2016 demandant à l'employeur public de *« veiller à ce que les offres que les organismes candidats déposeront n'incluent pas de contrat dépendance obligatoire »* a de même été respectée par l'ensemble des ministères à l'exception du ministère de l'économie et des finances, le contrat souscrit par la MGEFI auprès de MFP prévoyance pour les capitaux décès et IPA incluant la couverture du risque dépendance[30].

Les niveaux minima des garanties pour l'incapacité temporaire et le capital versé en cas d'IPA ou de décès sont également respectés, de même que le plafond de 100% de la rémunération nette totale pour l'incapacité temporaire.

Par ailleurs, comme le prévoit le décret, la tarification est essentiellement fondée sur le niveau de rémunération et le niveau de garantie choisi, sous forme d'un taux de cotisation applicable à l'assiette (TIB + tout ou partie des primes, selon le ministère et l'option), en cohérence avec le mode de calcul de la prestation. Il n'est pas tenu compte de l'état de santé, sauf dans le cas d'adhésion tardive prévu par le décret, disposition appliquée par la majorité des organismes assureurs qui peuvent alors établir le tarif sur la base d'un questionnaire médical. La tarification n'est pas fondée sur l'âge, sauf sous forme d'une minoration de tarif offerte aux jeunes actifs proposées par certaines offres (Ministère des finances, MTES, une des offres retenues par le Ministère des armées[31]).

[29] Ministères chargés de l'éducation, de l'enseignement supérieur, de la recherche, de la culture, de la jeunesse et des sports (appel d'offres commun), ministères chargés de l'économie et des finances et les ministères de la transition écologique et solidaire et de la cohésion des territoires (appel d'offres commun) où cette garantie est incluse dans toutes les options.

[30] Le cahier des charges précisait que *« le référencement n'interdit pas aux organismes de proposer des garanties distinctes du champ retenu par l'employeur public, notamment la couverture du risque « dépendance ». Toutefois, ces garanties ne font pas partie du dispositif solidaire et ne peuvent donner lieu à une participation financière de l'employeur public ».*

[31] L'application de cette minoration, non prévue par le cahier des charges qui se bornait à définir l'assiette de cotisation, a été contestée par un des autres organismes référencés.

3.3.2. Les organismes référencés ont presque tous défini des exclusions de couverture et introduit des modalités de contrôle médical, sans encadrement par les cahiers des charges

La quasi-totalité des contrats prévoient des motifs d'exclusion du bénéfice des garanties de prévoyance. Certaines relèvent de la force majeure (guerre civile ou étrangère, accident nucléaire, cataclysme, etc.) ou se justifient par la limitation du risque d'anti-sélection (suicide[32], mutilation volontaire, participation à des actions violentes, rixes, attentats, accident dont l'assuré, en état d'ivresse, est responsable, usage de drogues, meurtre sur assuré par bénéficiaire). D'autres visent simplement l'exposition volontaire de l'assuré à différents risques comme la participation à des défis sportifs hors manifestions organisées, la participation à des paris, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, la pratique de sports dangereux non encadrée, la participation à des courses automobiles ou la pratique d'un sport sans respect des règles de sécurité ou encore la navigation aérienne à bord d'un appareil « conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée ».

Ces clauses peuvent être légitimes mais ne sont pas forcément bien identifiées par les adhérents qui peuvent s'estimer à tort protégés lorsqu'ils pratiquent certaines activités à risques. Certains organismes mettent toutefois en ligne sur leur site des documents d'information simplifiés (selon les préconisations du comité consultatif du secteur financier) qui présentent les principales exclusions applicables à chaque garantie.

La plupart des règlements ou contrats prévoient par ailleurs que l'organisme assureur peut, lors de la demande de prestation (incapacité temporaire ou invalidité) ou en cours de service de celle-ci, diligenter un contrôle médical afin de pouvoir constater la réalité et réalité du droit à prestation et en suspendre le versement au vu des résultats de ce contrôle. Ils précisent en outre le plus souvent que les décisions prises par l'employeur au vu des avis des instances médicales ou par l'organisme de Sécurité sociale ne leur sont pas opposables. Des procédures de conciliation (avec le médecin traitant de l'assuré) et d'arbitrage (recours à un expert désigné par les deux parties) sont en ce cas prévues.

Les cahiers des charges du deuxième référencement ont laissé toute liberté aux organismes candidats pour introduire de telles clauses, la seule contrainte imposée étant de formuler clairement les exclusions appliquées. Si l'ensemble des organismes rencontrés par la mission a affirmé que la mise en œuvre de ces exclusions et contrôles était rare et visait seulement à leur permettre de ne pas prendre en charge les conséquences d'une exposition volontaire et excessive à des risques ou d'une utilisation abusive par l'employeur des possibilités de mise en congé maladie ou invalidité, l'existence même de ces clauses, ne permet pas de donner aux agents l'assurance d'une adéquation entre leur situation au regard des statuts et leur droit au versement des prestations complémentaires.

En particulier, la possibilité de divergences d'avis entre les instances médicales de la fonction publique ou les médecins-conseils des organismes de sécurité sociale et ceux des organismes complémentaires peut aboutir à des situations complexes[33] et à des délais de règlement réduisant l'efficacité de la couverture complémentaire.

---

[32] Généralement seulement s'il survient au cours de la première année du contrat.

[33] D'autant plus que les délais de traitement des dossiers par les instances médicales peuvent être longs. Cf. notamment le rapport d'évaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique, IGA-IGF-IGAS-IGAENR de mars 2017, http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-128R-Tome1.pdf.

3.3.3. Les garanties d'incapacité temporaire s'ajustent aux conditions statutaires de rémunération, le niveau global des revenus maintenus dépendant des options choisies

3.3.3.1. Les conditions de versement des prestations sont ajustées aux règles de maintien de la rémunération en matière de congé maladie

Les règlements mutualistes et contrats que la mission a pu examiner calent la définition de la garantie incapacité temporaire totale (ITT) sur les règles d'indemnisation par l'employeur ou la sécurité sociale en fixant deux conditions cumulatives pour le versement de la prestation : la reconnaissance de l'incapacité temporaire de travail et le versement par l'employeur d'une rémunération réduite, en application des règles statutaires, ou bien de prestations en espèces de sécurité sociale. Cette définition permet de couvrir aussi bien les titulaires que les contractuels, pour qui la durée de maintien du demi-traitement est plus courte et qui perçoivent ensuite à la place des IJSS.

Quelques offres prévoient en outre expressément que la prestation peut continuer à être versée aux agents placés en disponibilité d'office pour raisons de santé suite à épuisement des droits à congé maladie statutaires. Toutefois, même si le règlement ou le contrat ne vise pas expressément la mise en disponibilité pour raison de santé, dans le cas où les agents perçoivent des indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS)[34], la condition alternative de versement de ces indemnités étant remplie sans que l'agent se trouve dans une situation impliquant la cessation du versement, les prestations devraient continuer à être versées. La situation est moins claire dans le cas où l'agent ayant épuisé ses droits statutaires et ses droits à IJSS ne perçoit plus aucune ressource ou bien bénéficie seulement de l'AIT (cf. supra 1.1.1), les règlements et contrats n'envisageant que rarement ces situations[35].

À noter que les contrats et règlements ne font pas mention de la prise en charge éventuelle du jour de carence, sauf le règlement relatif à l'offre référencée par le MTES-MCT, rédigé après son rétablissement en janvier en 2018, qui l'exclut expressément. Mais les conditions d'ouverture des droits, impliquant le versement par l'employeur d'une rémunération réduite, paraissent l'exclure. Certains des contrats et règlements prévoient en outre que la prestation ne commence à être versée qu'après 90 jours d'arrêt de travail, ce qui exclut la prise en charge du jour de carence.

Les conditions de cessation du versement de la prestation varient selon les règlements et contrats :

- tous les règlements et contrats prévoient d'interrompre le versement en cas de reprise d'activité totale mais la prise en compte d'un reprise partielle d'activité et du mi-temps thérapeutique varie selon les offres ;
- de même, l'ensemble des documents examinés prévoient la cessation du versement à la liquidation d'une pension de retraite ou à l'âge minimum de la retraite à taux plein (67 ans) ou, plus rarement (une offre), à l'âge légal de départ en retraite (62 ans) ;
- la liquidation d'une pension de retraite pour invalidité ou d'une pension d'invalidité de la sécurité sociale sont également mentionnées par l'ensemble des règlements et contrats, une rente d'invalidité pouvant alors prendre le relai pour les options l'incluant ;

[34] Ce qui n'est possible que pendant trois ans au total dont il faut déduire la durée du maintien du traitement ou du demi-traitement en application du statut : un agent ayant épuisé son droit à CMO, peut ainsi percevoir des IJSS pendant deux ans au maximum ; un agent ayant épuisé son droit à CLM ne peut en revanche pas percevoir d'IJSS mais peut toutefois bénéficier de l'AIT si sa capacité de travail est réduite des deux tiers.

[35] Les règlements de la MGEN prévoient d'indemniser les personnes n'ayant pas ou plus droit aux IJSS (faute d'une durée d'activité suffisante ou ayant épuisé ces droits) et calculent alors le montant de leur prestation ITT en déduisant un montant virtuel d'IJSS. Mais ils ne mentionnent pas la situation des agents percevant l'AIT.

- certains documents mettent fin à la prestation à la fin des droits statutaires et des droits à IJSS ou après 1096 jours d'arrêt de travail (3 ans) , **donc dans des situations où l'agent peut se voir privé de ressources s'il ne bénéficie pas de l'AIT** ;
- le décès de l'assuré ou l'attribution du capital IPA sont également des motifs d'interruption du versement inclus dans l'ensemble des contrats et règlement ;
- il en est de même pour un contrôle médical concluant à l'absence de droit à la prestation.

La variabilité de ces clauses entre les règlements et contrats, **parfois entre ceux d'organismes référencés par un même ministère,** interroge sur l'absence de cadrage par les cahiers des charges des appels d'offres et sur la qualité de l'information donnée aux adhérents ou futurs adhérents, les notices d'information, règlements et contrats qui les contiennent ne leur étant souvent communiqués qu'après l'adhésion.

3.3.3.2. Les options permettent d'élargir l'assiette aux primes et de rapprocher le niveau d'indemnisation de la rémunération d'activité

Le niveau de ressources garanti varie selon les options proposées, les ministères se montrant soucieux dans les cahiers des charges de permettre aux agents de choisir un niveau répondant à leurs besoins mais aussi à leurs capacités financières, les cotisations progressant fortement avec les garanties[36]. Les solutions retenues ont généralement consisté à prévoir plusieurs options se distinguant par les niveaux de ressources garantis, entre le plancher de 75 % du TIB et le plafond de 100 % de la rémunération nette totale, la prestation allouée étant calculée comme un différentiel entre ces niveaux et la rémunération maintenue ou les IJSS perçues. Plusieurs ministères (MTES, MEN-MESR, Armées, Agriculture) ont toutefois imposé une assiette de cotisations incluant les primes (notamment la rémunération fiscale brute ou nette), parfois avec un plafond (primes plafonnées en pourcentage du TIB au Ministère de la Justice et pour les ouvriers d'État des Armées).

[36] La prestation ITT étant un différentiel entre le niveau de ressources garanties et la rémunération maintenue par l'employeur ou les IJSS perçues, toute augmentation de ce niveau implique une augmentation plus que proportionnelle de la cotisation.

Annexe VII

Tableau 2 : Niveaux de revenus garantis en ITT par les offres référencées par les ministères dans le cadre du deuxième référencement

Ministère	Assiette des prestations et cotisation	Niveau de revenu garanti
Ministères sociaux		
Offre de base	revenu de référence : TIB (fonctionnaires) ou salaire brut (contractuel)[37]	75 % TIB+NBI[38]
Option 1		85 % TIB+NBI
Option 2		95 % TIB+NBI
Ministère de l'économie et des finances		
Options 1 et 2	TIB	100 % TIB
MTES-MCT		
Option 1	rémunération nette fiscale	90 % rémunération nette
Option 2		100 % rémunération nette
MEN-MESR-Culture-MJS		
Offre de base	traitement de référence : rémunération fiscale brute au titre de l'activité entrant dans le champ du référencement	75 % traitement de référence
Option 1		85 % traitement de référence
Option 2		95 % traitement de référence
Ministère des Armées		
Offre 1	traitement de référence : TIB ou solde de base + primes ; salaire brut de base + 16 % pour Ouvriers d'État	75 % traitement de référence
Offre 2		80 % traitement de référence
Ministère de la Justice		
Offre 1	TIB ou salaire de base	75 % TIB
Offres 2 et 3		90% TIB + primes (plafond 25% TIB)
Offre 4		100% TIB + primes (plafond 25% TIB)
Ministère des affaires étrangères		
offre unique obligatoire	TIB ou salaire de base	77% TIB + primes (plafond 20% TIB)
garanties optionnelles complémentaires		néant
Ministère de l'Agriculture		
Formules A, B et C	rémunération nette imposable	100 % rémunération nette totale

Source : Mission, d'après données des ministères et organismes.

[37] L'une des deux offres référencées laisse le choix à l'adhérent d'inclure les primes dans l'assiette.

[38] Avec inclusion des primes pour l'opérateur offrant ce choix.

Il en résulte logiquement de fortes variations du niveau des cotisations versées pouvant représenter selon les ministères et les options entre 0,2-0.3 % du TIB (niveau de garantie au minimum de 75 % du TIB) à 0,7-1,5 % de la rémunération nette totale (niveau de garantie au maximum de 100 % de la rémunération nette). Mais à niveau garanti équivalent, les cotisations peuvent varier fortement entre les offres et les ministères, les organismes pouvant tenir compte à la fois des informations données par les ministères sur la sinistralité, des caractéristiques de la population à couvrir et de leurs anticipations d'adhésion : des écarts de 0,2 à 0,3 points sont ainsi courants, au sein du même ministère et pour les mêmes niveaux de garanties, suggérant des stratégies différentes (les écarts pouvant s'inverser sur les autres risques).

Les données statistiques fournies par les ministères sont en outre hétérogènes. Les données statistiques générales sur la répartition des agents par statut, âge, sexe et parfois par niveau de revenus sont souvent relativement détaillées. Mais les données sur la sinistralité observée peuvent difficilement permettre aux organismes d'ajuster leurs propositions tarifaires. La sinistralité est en effet décrite le plus souvent de façon globale et agrégée (nombres d'agents arrêtés dans l'année, nombres d'arrêts de travail et nombres de jours d'arrêt par type de congé maladie) **mais seuls deux ministères (Justice et Agriculture)**[39] **et la DGAC ont précisé les nombres d'agents placés à mi-traitement**, constituant pourtant la condition d'ouverture des droits aux prestations complémentaires d'ITT. De même, seuls les ministères sociaux ont indiqué les nombres d'agents en disponibilité pour raisons de santé. Les bénéficiaires de l'AIT sont plus fréquemment indiqués (MEN-MESR, MTES-MCT, ministère de la culture, ministère de la justice), de même que ceux de l'ATI (ministères chargés de de l'économie et des finances, de la justice, de l'agriculture ainsi que MTES et DGAC).

Le caractère lacunaire de ces informations sur la sinistralité vient ainsi **majorer l'incertitude intrinsèquement attachée à la tarification d'une offre collective à adhésion facultative** générant un risque d'anti sélection élevé.

3.3.4. En invalidité, la couverture du risque en adéquation avec les garanties statutaires n'est obtenue que dans certaines options

Le passage en invalidité avant l'âge de retraite peut représenter pour l'agent public une forte baisse de ses ressources, surtout si cette invalidité n'est pas imputable au service. En effet :

- pour les fonctionnaires, d'une part le traitement indiciaire atteint peut être inférieur à celui du grade ou de l'échelon terminal et, d'autre part, même en l'absence de décote, le taux de pension est réduit au prorata du nombre de trimestres manquants pour atteindre le taux plein ;
- pour les contractuels, la pension d'invalidité de la sécurité sociale, calculée sur la base du salaire moyen sous plafond des dix meilleures années, dépend de la catégorie d'invalidité (50 % du salaire moyen pour une invalidité de deuxième catégorie (incapacité d'exercer toute activité professionnelle).

Seule la perception d'une rente peut permettre de limiter la perte de revenus correspondante. La garantie « incapacité permanente et absolue » incluse dans toutes les options des offres référencées ne répond pas à ce besoin :

[39] Ainsi que le ministère des armées pour les personnels civils, mais seulement pour les agents en CMO.

- ses conditions d'attribution sont restrictives, les règlements et contrats imposant la nécessité permanente de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes quotidiens de la vie et conditionnent sa reconnaissance à la mise en retraite pour invalidité avec attribution d'une majoration pour tierce personne ou au classement par la sécurité sociale en invalidité de 3ème catégorie (incapacité d'exercer toute activité professionnelle avec recours à l'assistance d'une tierce personne) ;
- consistant en un versement en capital, correspondant le plus souvent au versement anticipé du capital décès, et donc mettant fin aux garanties incapacité temporaire et décès, elle ne permet que de subvenir aux besoins les plus immédiats.

La plupart des cahiers des charges ont cependant prévu la rente invalidité comme une option, seuls les ministères chargés de l'éducation, de l'enseignement supérieur, de la recherche, de la culture, de la jeunesse et des sports, de l'économie et des finances et de la transition écologique et solidaire l'ayant incluse dans toutes les options.

Les conditions d'attribution d''une rente invalidité peuvent toutefois varier :

- dans la majorité des règlements et contrats, son attribution est conditionnée par le passage à la retraite pour invalidité (fonctionnaires) ou l'attribution d'une pension d'invalidité de deuxième ou troisième catégorie (contractuels) ;
- l'offre référencée par le MTES-MCT étend son attribution aux bénéficiaires de l'AIT de catégorie 2 ou 3 ou de l'ATI assortie d'un taux d'invalidité de 66 % ;
- les offres référencées par certains ministères (ministères sociaux, armées, économie et finances), ont toutefois fixé un autre critère : la reconnaissance d'un taux d'incapacité minimum des 2/3 empêchant la reprise d'une activité[40], les règlements et contrats prévoyant dans le cas du ministère des armées un barème spécifique.
- l'offre référencée par les ministères chargés de l'économie et des finances précise même que la prestation n'est pas due en cas de mise à la retraite pour invalidité ce qui limite son attribution aux agents se trouvant dans les conditions d'invalidité temporaire ouvrant le droit à l'AIT.

Comme pour l'incapacité temporaire, les règlements et contrats prévoient la possibilité pour l'organisme assureur de procéder à un contrôle médical pour vérifier les conditions d'ouverture de droits à la demande ou en cours de service de la prestation.

Le terme du versement dépend des règles d'attribution : quand le versement est lié au passage à la retraite pour invalidité ou à l'attribution d'une pension d'invalidité, la prestation cesse d'être versée à l'âge légal de départ en retraite (62 ans). Dans les autres cas, le versement peut se poursuivre jusqu'à l'attribution d'une pension de retraite (voire jusqu'à l'âge d'attribution d'une pension à taux plein). Le versement peut être aussi arrêté en cas de reprise d'activité ou de diminution du taux d'incapacité ainsi qu'en cas de décès ou d'attribution du capital IPA. À noter que l'interruption de versement à l'âge légal de départ en retraite pour le fonctionnaire mis à la retraite pour invalidité va entrainer une baisse des ressources car la pension de retraite attribuée pour cause d'invalidité n'est pas réévaluée à ce moment. Mais aucune offre référencée ne propose la souscription d'une rente viagère dont le coût serait probablement trop élevé.

La variabilité de ces règles soulève les questions évoquées précédemment pour la prestation ITT sur l'absence d'encadrement par les cahiers des charges et la bonne information des adhérents.

[40] Les ministères sociaux sont les seuls à avoir distingué deux niveaux de rente permettant notamment de couvrir l'incapacité permanente partielle (taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 % ou invalidité de première catégorie).

Tableau 3 : Niveaux de revenu garantis en rente invalidité par les offres référencées par les ministères dans le cadre du deuxième référencement

Ministère	Assiette des prestations et cotisation	Niveau de revenu garanti
Ministères sociaux		
Offre de base	revenu de référence : TIB (fonctionnaires) ou salaire brut (contractuel)[41]	Néant
Option 1		55 % TIB[42]
Option 2		75 % TIB
Ministère de l'économie et des finances		
Options 1 et 2	TIB	45 % TIB (complément à la rémunération perçue)
MTES-MCT		
Option 1	rémunération nette fiscale	80 % rémunération nette
Option 2		100 % rémunération nette
MEN-MESR-Culture-MJS		
Offre de base	traitement de référence : rémunération fiscale brute au titre de l'activité entrant dans le champ du référencement	50 % traitement de référence
Option 1 et 2		75 % traitement de référence
Ministère des Armées		
Offre 1 bis	traitement de référence : TIB ou solde de base + primes ; salaire brut de base + 16 % pour Ouvriers d'État	75 % traitement de référence
Offre 2 bis		85 % traitement de référence
Ministère de la Justice		
Offres 3 et 4	TIB ou salaire de base	75 % TIB
Ministère des affaires étrangères		
offre unique obligatoire	TIB ou salaire de base	néant
garanties optionnelles complémentaires		75 % TIB
Ministère de l'Agriculture		
Formule C	rémunération nette imposable	85 % rémunération nette totale

Source : Mission, d'après données des ministères et organismes.

Comme en incapacité temporaire, le niveau de ressources garanti varie selon les options proposées et la base de calcul retenue, incluant ou non les primes. Les taux de cotisation varient en conséquence fortement, entre 0,1-0,25 % du TIB pour les garanties se situant autour de 50 % de la rémunération nette totale) à 0,5-1 % de la rémunération nette totale pour les niveaux de garantie dépassant 85 % de la rémunération nette. On observe également de fortes variations tarifaires entre les assureurs d'un même ministère, à niveaux de garantie équivalents (parfois du simple au double).

Les données statistiques fournies par les ministères sont peu explicites sur le risque invalidité puisque seuls le MEN-MESR et le MTES-MCT ont communiqué des chiffres sur les agents mis en retraite pour invalidité.

[41] L'une des deux offres référencées laisse le choix à l'adhérent d'inclure les primes dans l'assiette.

[42] Avec inclusion des primes pour l'opérateur offrant ce choix.

3.3.5. Les capitaux versés en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue complètent les garanties statutaires

Comme indiqué précédemment le capital versé à la famille de l'agent en cas de décès peut être versé par anticipation à l'agent qui se trouve en situation d'invalidité permanente et absolue. Le montant du capital est défini en pourcentage du TIB ou de la rémunération totale (incluant les primes) et s'échelonne, selon les ministères et les options entre le minimum de 70 % du TIB annuel jusqu'à 150 et même 180 voire 200 % de la rémunération annuelle totale.

Une seule offre, retenue par les ministères sociaux, prévoit un doublement du capital en cas décès accidentel et un triplement en cas de décès imputable à un accident de service ainsi qu'une majoration en cas de décès concomitant du conjoint.

Ces garanties sont fréquemment complétées par des garanties additionnelles : capital orphelin, pour des montants de l'ordre de 10 000 € par enfant, capital orphelin handicapé, rentes éducation (seulement au MTES-MCT), rente enfant handicapé (autour de 2 000 € par an).

Les tarifs, s'étage entre 0,2 % et 0.7 % de l'assiette de cotisation (TIB ou rémunération nette totale) avec des variations significatives, même entre organismes référencés par le même ministère et pour des garanties identiques.

3.4. La garantie dépendance reste proposée en option dans plusieurs ministères

Hormis le ministère des finances pour lequel la garantie dépendance est incluse dans la garantie décès-IPA, les autres ministères n'ont accepté une telle offre qu'en option. Les garanties proposées consistent dans le versement d'une rente mensuelle viagère de l'ordre de 500 €, ce montant pouvant être réduit au cas où la personne reste à domicile. Des prestations d'assistance peuvent compléter la rente.

Le versement de la rente est subordonné à la reconnaissance par l'assureur de l'état de dépendance, selon des critères et des modalités et référentiels d'évaluation propres à chaque contrat ou règlement. Plusieurs des contrats ou règlements examinés se réfèrent à la grille AGGIR utilisée par les équipes médico-sociales des départements pour l'évaluation du droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), éventuellement combinée avec d'autres outils d'évaluation, d'autres ne s'y référant pas. Toutefois, même en cas d'utilisation d'AGGIR, les organismes assureurs procèdent à leur propre évaluation sans reconnaitre automatiquement le classement en GIR effectué par le département.

Ces garanties sont annuelles, l'assureur pouvant réviser le tarif chaque année en fonction de l'équilibre technique du contrat, mais s'engageant, dans les contrats examinés, à ne pas moduler le tarif en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

4. Dans la FPT, les niveaux de couverture offerts sont mal connus du fait de la diversité des offres

Il n'existe pas de système national de remontée d'informations permettant de disposer de données statistiques fiables sur la population des agents des collectivités territoriales couverte par un dispositif de protection sociale complémentaire, en maladie comme en prévoyance. Il n'existe pas non plus de données budgétaires relatives à la participation financière des collectivités, ces dépenses n'étant pas spécifiquement identifiées dans la nomenclature budgétaire et comptable. La nature et les niveaux des garanties souscrites en prévoyances sont encore moins connues :

- l'absence de critère de labellisation des offres de prévoyance (cf. *infra* 2.2.) conduit à ne pas demander aux prestataires qui en sont chargés d'analyser leur contenu ;
- il n'existe pas de dispositif de collecte et d'analyse des offres retenues dans le cadre des conventions de participations ;
- une part importante des agents a souscrit des garanties de prévoyance, en dehors des offres labellisées ou conventionnées, soit dans le cadre de contrats collectifs souscrits pas les collectivités avant la parution du décret de 2011, soit à titre individuel[43] , garanties qui sont encore moins bien connues.

Les sources déclaratives dont la mission a pu disposer (synthèse des bilans sociaux établie par la DGCL enquêtes réalisées par certains opérateurs comme la MNT, questionnaires adressés par la mission auprès de la fédération des centres de gestion, de l'association des DRH de grandes collectivités, de l'Assemblée des départements de France et de Régions de France) ont permis de recueillir des éléments d'information mais partiels et parfois non homogènes.

4.1. Malgré la participation des employeurs, seul un agent sur deux environ serait couvert en prévoyance

Les données recueillies par la mission montrent une réelle montée en charge des dispositifs permettant une participation de l'employeur à la couverture complémentaire : un document réalisé en commun par les associations d'élus, le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et Fédération nationale des centres de gestion (FNCDG), intitulé « horizons 2018 » constate une forte progression avec 57 % des collectivités ayant mis en place un tel dispositif en 2017 contre 44 % en 2014[44]. En 2017, 81 % des dispositifs mis en place incluaient des garanties de prévoyance (51 % portant sur la santé et la prévoyance et 30 % seulement sur la prévoyance). Bien que différents, les chiffres fournis par la MNT issus d'un sondage réalisé à sa demande[45] font état d'une progression du même ordre : 69 % des collectivités offrent une participation financière à un contrat de prévoyance en 2017 contre 41 % en 2010.

Le même sondage précise que la participation financière moyenne des collectivités aux garanties de prévoyance s'élève à 11,40 € par mois en 2017 (contre 17,50 € en 2013)[46], la participation moyenne aux garanties santé s'élevant à 17,10 €. Cette participation s'effectue désormais majoritairement dans le cadre d'une convention de participation (54 % des collectivités finançant la prévoyance en 2017 contre 32 % en 2013). Ce constat est corroboré par la FNCDG qui estime que la convention de participation est choisie par les deux tiers des collectivités qui financent la prévoyance de leurs agents.

Malgré cette progression de la participation des employeurs, la proportion d'agents couverts en prévoyance ne dépasserait pas 50 % selon la MNT

[43] La Mutuelle nationale territoriale (MNT) indique ainsi que fin 2018 que 45 % de ses 443 000 adhérents en prévoyance étaient dans ce cas.

[44] La synthèse des bilans sociaux de 2015 indique que 37 % des collectivité participaient alors au financement des garanties de prévoyance, soit un écart de 7 points avec le sondage MNT de 2014..

[45] Sondage réalisé sur un échantillon de 302 décideurs des collectivités territoriales (responsables RH, directeurs généraux ou directeurs généraux adjoints des services, élus) ; représentativité assurée par la méthode des quotas après stratification par type de collectivité.

[46] La synthèse des bilans sociaux de 2015 indique un montant moyen de participation de 128 € par an, soit 10,7 € par mois.

4.2. Le contenu des offres labellisées ou conventionnées n'est pas précisément connu.

Les enquêtes et sondages mentionnés ne renseignent pas sur le contenu des garanties de prévoyance proposées. L'analyse de quelques offres de prévoyance communiqués par les organismes rencontrés par la mission ou accessibles en ligne montrent qu'elles sont comparables avec celles proposées par les mutuelles référencées pour les agents de la fonction publique de l'État.

Les offres que la mission a pu examiner se caractérisent toutefois par une plus grande modularité des niveaux de couverture, laissant par exemple aux agents la possibilité de choisir un montant forfaitaire d'indemnités journalières qui leur seront versées en cas d'ITT ou d'opter pour un complément de rémunération fonction du salaire antérieur, avec le choix d'inclure ou non les primes dans l'assiette, probablement pour s'adapter aux capacités contributives plus faibles en moyenne dans la fonction publique territoriale où les trois quarts des agents appartiennent à la catégorie C. En invalidité, la couverture sous forme de rente paraît moins fréquente que dans la fonction publique d'État, sans doute pour la même raison, certaines offres proposant toutefois un capital calculé comme un complément de rémunération jusqu'à l'âge légal de la retraite mais versé en une fois.

Il faut souligner que les agents territoriaux sont davantage exposés aux risques d'incapacité temporaire et d'invalidité que ceux de la fonction publique de l'État :

- selon la MNT, la part des agents ayant connu un arrêt de travail de plus de trois mois est passée de 4,8 % en 2008 à 6,3 % en 2016, en raison notamment de l'augmentation de l'âge moyen des agents et du poids des filières techniques regroupant des métiers exposés, ce constat valant aussi pour les arrêts de travail imputables à des causes professionnelles[47] ;
- les données statistiques de la CNRACL[48] montrent qu'en 2017, les attributions de pension de droit direct pour invalidité ont représenté près de 10 % des attributions totales de pension dans la FPT (4006 sur 40 796), alors qu'elles n'ont représenté que 5,7 % des pensions attribuées en 2017 aux agents de la fonctions publique de l'État[49] avec un âge moyen inférieur de 5,5 ans à l'âge de liquidation des pensions de retraite (56,6 contre 61,9 ans) et une pension moyenne inférieure de 25 % (988,3 € contre 1 319,5 €).

4.3. La mise en concurrence des organismes complémentaires dans le cadre des conventions de participation peut être préjudiciable à la pérennité de la protection des agents, particulièrement en prévoyance

Plusieurs des interlocuteurs de la mission estiment que la mise en concurrence des organismes complémentaires préalable à la conclusion des conventions de participation a entrainé une compétition tarifaire, particulièrement sur la prévoyance, dont les effets pourraient remettre en cause leur équilibre financier.

[47] La synthèse des bilans sociaux 2015 indique en moyenne 6,5 accidents de service pour 100 agents en emploi permanent dont 8,6 dans la filière technique, 10,9 dans la police et 15,4 dans les services d'incendie et secours.

[48] CNRACL, recueil statistique 2017.

[49] 3 425 Pensions d'invalidité attribuées par le SRE en 2018 sur un total de 59 518 pensions attribuées. L'âge moyen des nouveaux pensionnés pour invalidité est de 57,44 ans contre 62 ans pour les autres pensionnés de droit direct. La pension moyenne est de 1 634 € contre 2 174 pour les autres pensions de retraite.

En effet, la relative étroitesse des populations à couvrir et le manque de précision et de fiabilité des informations sur la sinistralité communiquées par les collectivités lors des appels d'offres, conjuguées au caractère facultatif des contrats collectifs, génèrent une forte incertitude sur le tarif d'équilibre alors même que la concurrence incite les organismes à proposer des tarifs attractifs pour obtenir le conventionnement. Pour certains interlocuteurs de la mission, la volonté des collectivités de limiter leur participation financière serait notamment à l'origine de ces situations, les amenant à fixer une pondération élevée du « rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé » parmi les critères de choix des offres, faisant ainsi porter la concurrence principalement sur les tarifs.

Des organisations syndicales auditionnées par la mission ont ainsi fait état d'organismes conventionnés ayant revalorisé fortement leurs tarifs après avoir été sélectionnés, au-delà des limites sur lesquelles ils s'étaient engagés dans l'appel d'offres[50], pour retrouver l'équilibre financier, sans que les collectivités fassent usage de la possibilité de dénonciation de la convention qui leur est ouverte en ce cas[51]. Cette situation entraine ensuite, si les collectivités ne relèvent pas leur participation pour accompagner ces hausses tarifaires, un risque de désaffiliation des agents de leur couverture prévoyance.

[50] Le 4° de l'article 17 du décret du 8 novembre 2011 impose aux candidats à une convention de participation d'indiquer les limites, âge par âge, au-delà desquelles le tarif proposé ne peut évoluer au cours de la période couverte par la convention.

[51] Articles 20 et 21 du décret du 8 novembre 2011.

ANNEXE VIII

Analyse des niveaux de couverture santé des agents publics

SOMMAIRE

1. **SI LES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE ONT GLOBALEMENT UNE OPINION POSITIVE DE LEUR COUVERTURE SANTÉ, LES AGENTS DU SECTEUR PRIVÉ EN SONT DAVANTAGE SATISFAITS 3**

2. **LES CONTRATS D'ASSURANCE SANTÉ NOUVELLEMENT RÉFÉRENCÉS PAR DEUX MINISTÈRES OBTIENNENT DES NIVEAUX DE REMBOURSEMENT PLUS FAIBLES QUE CEUX PROPOSÉS DANS LE SECTEUR PRIVÉ MALGRÉ UNE AMÉLIORATION PAR RAPPORT AU PREMIER RÉFÉRENCEMENT 5**

3. **LES CONTRATS RÉFÉRENCÉS PAR LES MINISTÈRES PROPOSENT, DANS LEUR ENSEMBLE, DES NIVEAUX DE COUVERTURE COUVRANT LA TOTALITÉ DU SPECTRE DES CONTRATS INDIVIDUELS 11**

Annexe VIII

La présente fiche analyse les niveaux de couverture en matière de santé des agents publics en s'appuyant sur des analyses réalisées par l'IRDES et par la DREES. La première partie traite de la couverture en santé des agents publics, qu'elle soit référencée ou non, les autres parties abordent, quant à elles, la couverture santé référencée par les ministères.

Les nombreux paramètres qui entrent en ligne de compte pour la tarification des contrats (garanties proposées, âge, composition familiale, ancienneté de souscription, revenu, lieu de résidence etc.) rendent délicate une analyse comparative des contrats sous l'angle qualité / prix ; du reste, le CCSF a abandonné l'idée de réaliser[1] des analyses comparatives générales et privilégie le développement des comparateurs de prix pour que les consommateurs puissent choisir le contrat d'assurance santé le plus adapté à leur profil et à leurs besoins. Le critère de prix ne peut être le seul au regard de la variabilité des garanties, et des besoins des assurés. Des engagements d'amélioration de la lisibilité des garanties ont par ailleurs été pris, à deux reprises, par les assureurs complémentaires.

Encadré 1 : Les comparateurs de prix et les démarches visant à une meilleure lisibilité des contrats

Le comité consultatif du secteur financier (CCSF) avait, après saisine par le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie en 2011, formulé un avis (26 mars 2013[2]) « *pour renforcer la transparence et la qualité des comparateurs d'assurances complémentaires santé sur internet* » -à la suite d'un avis en 2012 sur les comparateurs d'assurances de dommages.

Il constatait en particulier l'importance qu'avant de changer de contrat de complémentaire santé, l'assuré soit attentif, notamment, aux garanties viagères du contrat antérieur, et à la tarification en fonction de son âge. L'avis de 2013 recensait les règles à respecter par les comparateurs. Ainsi : « *le contenu et les limites des garanties sont présentés clairement. En particulier les conditions de remboursement sont illustrées par un ou plusieurs exemples exprimés en euros* ». Ou encore : « *Les comparateurs...attirent l'attention des internautes sur l'importance de garantir les risques de santé qui ne sont pas toujours prévisibles au moment de la souscription du contrat* ». L'avis précisait in fine les noms des comparateurs (au nombre de 6) s'étant engagés à respecter les principes définis par l'avis, à la date du 6 juin 2013.

Ces travaux n'ont pas eu de suite depuis lors, et on peut constater que le conseil des assureurs au prospect sur ses besoins en santé n'est pas systématique.

Le CCSF s'est en outre intéressé à deux reprises à la lisibilité des contrats de complémentaire santé.

En **2011** (avis du 7 avril), le CCSF avait pris connaissance des engagements adoptés par l'Unocam (Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie) en octobre 2010. Les assureurs complémentaires avaient adopté une « *déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties* », après concertation avec les associations de malades, d'usagers du système de santé et de consommateurs. Cette déclaration formulait des recommandations sur l'expression des garanties (délai d'attente éventuel avant que la garantie ne soit applicable, personnes et éléments couverts, existence éventuelle de réseaux) ainsi que sur les termes utilisés (forfaits ou plafonds exprimés en euros ; abandon de termes peu compréhensibles comme les références au plafond de la sécurité sociale au profit de garanties exprimées en euros au-delà de la base de remboursement de la sécurité sociale). La déclaration était en outre accompagnée d'un glossaire et d'un guide « Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé ».

[1] Comme c'est le cas en matière bancaire (tarifs-bancaires.gouv.fr), en lien entre le CCSF et le ministère de l'économie et des finances. Le comparateur public en ligne a été mis en place par le décret du 5 novembre 2015 (« *Le comité assure la mise en ligne d'une information permettant de comparer les tarifs des établissements mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 614-1 pour les principaux services offerts à leurs clients personnes physiques n'agissant pas pour des besoins professionnels* »).

[2] https://www.ccsfin.fr/sites/default/files/medias/documents/avis-comparateurs_sante_260313.pdf

Annexe VIII

Le CCSF avait relevé « *la remarquable qualité du travail réalisé et de la concertation menée par l'UNOCAM, s'agissant d'information des publics sur des sujets complexes* ». Il insistait sur « *la nécessité de faire très largement connaître ces documents, en particulier le glossaire, en relayant le plus possible l'information* ». Enfin, le CCSF soulignait notamment « *l'importance d'une mise en œuvre accélérée de ce dispositif pour garantir l'effectivité des engagements pris en matière de lisibilité et de diffusion de ces informations, avec un suivi particulier des nouvelles garanties et des nouveaux contrats* ».

En fait, le suivi de ces engagements a été **temporaire** (la dernière étape étant la publication début 2013 d'une brochure « *Trois clés pour bien choisir* »). L'Unocam a effectué un bilan en 2012 (« *1ère évaluation du 5 mars 2012 : « Améliorer la lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé : Engagements pris, engagements tenus !* »). Elle notait que, sur 2/3 des assureurs complémentaires ayant répondu, près des 2/3 avaient diffusé le glossaire et la moitié le guide. Par ailleurs, 97 % des organismes ayant mis ou prévoyant de mettre en place une nouvelle offre déclaraient avoir tenu compte de la totalité des recommandations visant à améliorer la lisibilité des garanties (alors que 82 % estimaient les appliquer antérieurement). Toutefois, on peut noter que le % des organismes présentant les prestations soit totalement en euros soit en pourcentage de la base de remboursement et en euros au-delà de la base de remboursement de la sécurité sociale était de 96 % pour les lunettes mais de 54 % seulement pour les prothèses dentaires.

Dans le contexte de la réforme du zéro reste à charge, l'Unocam a en **2018**, outre une actualisation du glossaire de 2010, préparé de nouveaux travaux d'amélioration de la lisibilité des garanties. Ces derniers ont porté d'une part sur l'harmonisation de l'intitulé des garanties (une dizaine de grands postes dont 5 grands postes dont les libellés seront harmonisés et clairement définis : hospitalisation, dentaire, soins courants, optique, aides auditives et 5 postes libres), d'autre part sur la mise en place d'une base commune d'exemples (une douzaine) de remboursement. Cette liste, à valeur non contractuelle, mentionnera les tarifs opposables des actes, ou les tarifs moyens des actes en cas de tarifs libres, le niveau de remboursement et le reste à charge en euros.

A la demande du ministre de l'économie et des finances, ces travaux ont été présentés au CCSF. Ce dernier (avis du 19 juin 2018) a constaté que *« les travaux visant une meilleure lisibilité des tableaux de garanties renforcent la réforme 100 % santé* », a approuvé la présentation harmonisée des 5 grands postes de remboursement ainsi que les exemples de remboursement chiffrés ». En complément, il « *invite à travailler à une expression harmonisée des remboursements, en choisissant soit le remboursement de l'assurance maladie obligatoire inclus, soit… exclu* ».

L'Unocam a publié « *l'engagement pour la lisibilité des contrats de complémentaire santé* » le 14 février 2019.[3] Il sera applicable en même temps que les modifications liées à la réforme du RAC zéro pour les contrats responsables et au plus tard en 2022 pour les contrats non responsables. Parmi les annonces, l'invitation aux organismes complémentaires de développer des simulateurs permettant de connaître le reste à charge.

3 http://www.unocam.fr/attached_file/componentId/kmelia245/attachmentId/233441/lang/fr/name/Engagement %20pour %20la %20lisibilité %20des %20garanties %20de %20complémentaire %20santé %20- %20Do....pdf

1. Si les agents de la fonction publique ont globalement une opinion positive de leur couverture santé, les agents du secteur privé en sont davantage satisfaits

Une étude a été réalisée par l'IRDES[4], à la demande de la mission, sur la couverture complémentaire santé des salariés de la fonction publique (qu'elle soit référencée ou non), à partir des données de l'enquête Santé et Protection sociale 2014[5]. Cette étude analyse notamment l'opinion des agents des secteurs public et privé concernant leur couverture santé complémentaire pour les garanties de prothèses dentaires (couronnes, bridges, dentiers), de lunettes, de dépassements d'honoraires de spécialistes et en soins hospitaliers. Si les informations tirées de cette étude sont nécessairement subjectives puisqu'elles dépendent des besoins exprimés par les assurés, elles permettent de mesurer le niveau de satisfaction des agents publics par rapport à leur couverture santé.

S'agissant des prothèses dentaires et des lunettes, les agents du secteur privé en CDI, qui sont 75 % à accéder à un contrat collectif (dont 82 % à un contrat obligatoire), sont ceux qui ont la meilleure opinion de leurs garanties. A cet égard, l'étude de la DREES réalisée en 2016[6] souligne que 72 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont souscrit un contrat haut de gamme, contre 12 % des bénéficiaires de contrats individuels.

L'étude IRDES fait ressortir que :

- 51 % des agents privés en CDI ont une opinion favorable de leurs garanties en prothèses dentaires contre 39 % des titulaires de la fonction publique (alors que 25 % des agents privés ne savent pas s'ils sont bien couverts contre 21 % pour les fonctionnaires). Quant aux agents contractuels, l'opinion est favorable à 43 % dans les secteurs privé et public, étant entendu qu'ils sont près d'un tiers à ne pas connaître la qualité de leur couverture, ce qui s'explique en partie par la jeunesse de cette population moins concernée par les soins dentaires coûteux.
- 63 % des agents privés en CDI ont une opinion favorable de leurs garanties de lunettes contre 49 % pour les titulaires de la fonction publique. Quant aux contractuels de la fonction publique et aux agents du secteur privé en CDD, le taux d'opinions favorables est légèrement supérieur à 50 %. En outre, les agents connaissent mieux la qualité de leur couverture pour cette garantie puisqu'ils sont seulement entre 14 % et 17 % à ne pas savoir s'ils sont bien couverts (à l'exception des agents privés en CDD qui sont 24 % à l'ignorer).

[4] IRDES, *La couverture complémentaire santé des salariés de la Fonction Publique – À partir des données de l'enquête Santé et Protection Sociale 2014*, février 2019.

[5] À la différence de l'exploitation de l'enquête Santé et Protection Sociale de 2012 qui avait été réalisée en 2015 pour les besoins de la mission IGA/IGAS/IGF sur la protection sociale complémentaire des agents publics, cette enquête intègre les données des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux les plus importants, permettant ainsi d'améliorer la représentativité de l'échantillon.

[6] DREES, Le niveaux de garanties des couvertures individuelles et collectives, issu de La complémentaire santé – édition 2019 - A partir des données de l'enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé (2016).

- quant aux retraités, le taux d'opinions favorables est comparable entre secteurs public et privé (42 % pour les prothèses et proche de 50 % pour les lunettes). Les salariés du secteur privé sont confrontés au moment de leur départ à la retraite à la perte de tout ou partie des avantages liés à leur contrat collectif ; la plupart d'entre eux font face à une augmentation importante du coût de leur complémentaire santé et peuvent être amenés à changer de contrat, voire d'organisme complémentaire, et à réduire le niveau de certaines garanties, comme le dentaire et les prothèses. Par ailleurs, les retraités connaissent mieux la qualité de leur couverture santé que les actifs dans la mesure où ils sont moins de 10 % à ne pas se prononcer sur la qualité de leur couverture en matière de prothèses et moins de 5 % pour ce qui concerne la qualité de remboursement des lunettes.

S'agissant des dépassements d'honoraires de spécialistes, l'étude IRDES fait ressortir des constats similaires sur les différences de niveaux de garantie perçus selon les catégories de salariés, mis à part le fait que les salariés retraités du secteur privé ont une meilleure opinion de leur niveau de garantie (50 % d'opinion favorables contre 43 % pour les retraités du secteur public). Cela peut s'expliquer en partie par les choix faits par les salariés du secteur privé au moment du départ à la retraite de maintenir un niveau de garantie élevé sur les honoraires de spécialistes. Il convient également de noter que la part des retraités qui ne se prononce pas sur le niveau de garantie en matière d'honoraires de spécialistes est de 22 % pour ceux issus de la fonction publique contre 17 % pour ceux issus du privé.

Quant à la couverture des soins hospitaliers, ce sont les agents du secteur public qui ont l'opinion la plus favorable de leurs garanties avec un taux de 65 % environ, les agents du secteur privé ayant une perception légèrement inférieure (63 % d'opinions favorables pour les agents en CDI et 59 % pour les agents en CDD). Les agents, qu'ils soient issus du secteur privé ou du secteur public, ont cependant une connaissance assez faible de leur niveau de garantie en matière de soins hospitaliers puisqu'ils sont 26 % des fonctionnaires à ne pas se prononcer et près du tiers pour les autres agents. S'agissant des retraités, le taux d'opinions favorables se situe à un niveau élevé (74 % pour les retraités issus du privé et 72 % pour ceux issus du public), alors qu'ils connaissent mieux le niveau de leurs garanties (environ 20 % ne se prononcent pas).

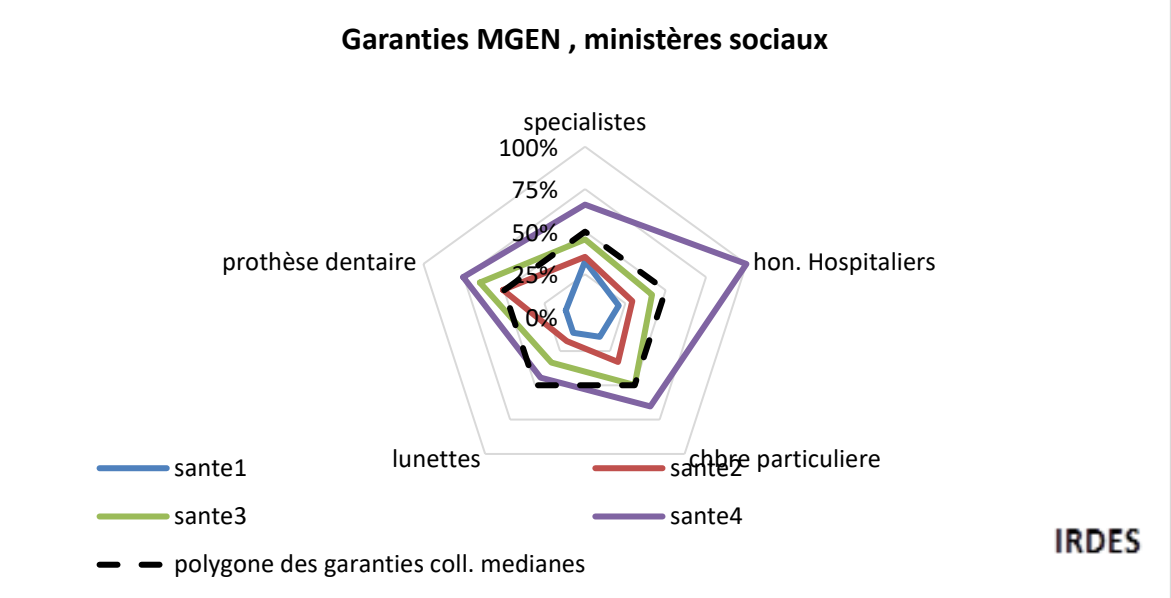
En conclusion, il apparaît que les agents du secteur public ont globalement une opinion positive de leur couverture santé, même si les actifs du secteur privé apparaissent davantage satisfaits (avec une part importante de personnes qui n'ont pas d'opinion sur la qualité de leur couverture) ; cela s'explique principalement par la nature du contrat d'assurance dans le secteur privé, qui est le plus souvent collectif à adhésion obligatoire (limitant, de ce fait, les effets d'anti-sélection) et pour lequel l'employeur participe au financement (permettant d'offrir des garanties plus élevées à moindre coût pour le salarié). En revanche, ces différences entre agents issus du secteur public ou privé s'estompent au moment du passage à la retraite, ce qui s'explique par les choix que les retraités issus du privé sont amenés à faire (en termes d'arbitrage prix / garanties) dès lors qu'ils ne bénéficient plus du contrat d'assurance collectif de leur entreprise, en partie financé par leur ancien employeur. En tout état de cause, malgré les règles de solidarité mises en place pour les contrats d'assurance santé des retraités issus du secteur public, il existe peu de différences dans la perception qu'ils ont de leurs garanties par rapport au secteur privé (en dehors de la couverture des honoraires de spécialistes pour lesquels ils ont une opinion moins favorable que les retraités issus du privé).

2. Les contrats d'assurance santé nouvellement référencés par deux ministères obtiennent des niveaux de remboursement plus faibles que ceux proposés dans le secteur privé malgré une amélioration par rapport au premier référencement

L'IRDES[2] a également comparé, à la demande de la mission, les niveaux de remboursement proposés aux salariés de la fonction publique par deux grandes mutuelles référencées (à savoir la MGEN pour l'Education nationale et la MGEFI pour les ministères économiques et financiers) avec les niveaux de remboursements des contrats collectifs de base du secteur privé[7]. Cette analyse est réalisée à partir de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de 2017 pour la distribution des garanties des contrats collectifs et des garanties proposées par les mutuelles référencées en 2019. Elle permet également de faire une comparaison des niveaux de garanties avec les contrats anciennement référencés lors de la première vague. Il convient cependant de noter que l'analyse se concentre sur certaines garanties uniquement (honoraires spécialistes, honoraires hospitaliers, prothèses dentaires, lunettes, chambre particulière) sans prendre en considération l'ensemble des garanties proposées par les contrats.

Cette analyse fait ressortir des niveaux de remboursement plus faibles pour les contrats proposés par les mutuelles de fonctionnaires que pour les contrats collectifs offerts par les employeurs du secteur privé (étant entendu que l'analyse ne concerne que les contrats de base des contrats collectifs). Dans le cadre des contrats étudiés pour la MGEN ou la MGEFI, pour les ministères ou pour la fonction publique territoriale, seul le contrat de la MGEN (Vita-santé 4) référencé par le MAS (contrat de niveau 4) propose des garanties supérieures (ou égales pour les lunettes) aux garanties médianes des contrats collectifs (cf. graphique n°1).

Graphique n°1 : Garanties MGEN pour les personnels des ministères sociaux



Source : IRDES, Une comparaison de garanties offertes aux salariés de la fonction publique avec celles des contrats collectifs
Nota : Plus les garanties offertes aux salariés du secteur privé sont élevées en comparaison des contrats offerts par les mutuelles référencées, plus la courbe est proche du centre. Les garanties médianes des contrats collectifs forment un pentagone (puisque cinq garanties sont étudiées), appelé par la suite « polygone des garanties médianes ». Il permet de visualiser le milieu de gamme du collectif.

[7] IRDES, Une comparaison de garanties offertes aux salariés de la fonction publique avec celle des contrats collectifs, Marc Perronnin, 2019.

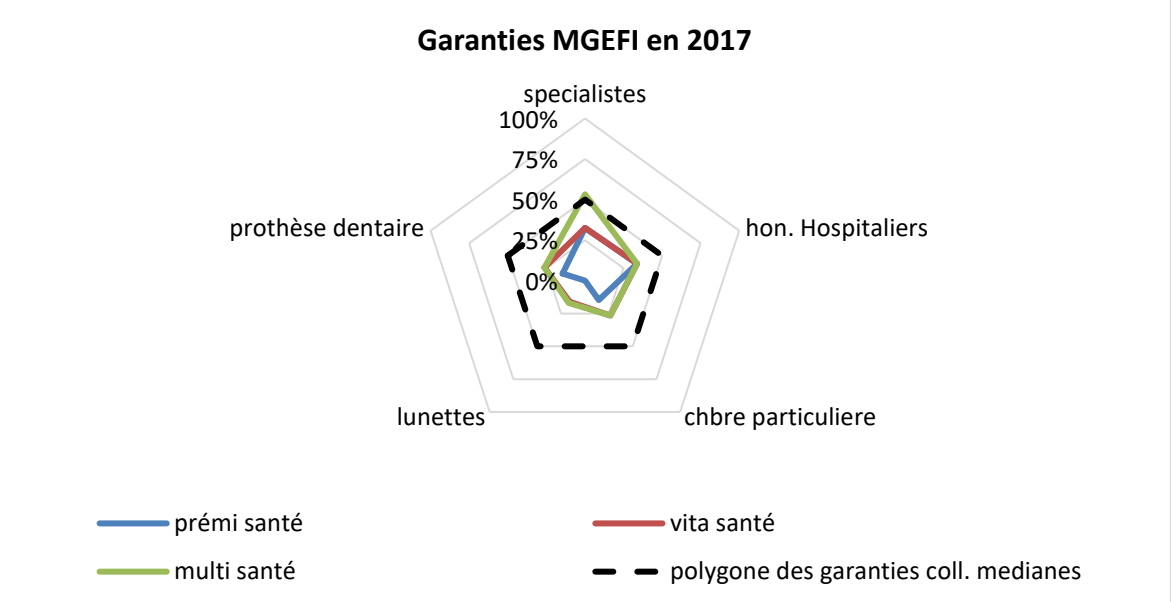
Cependant, l'analyse de l'IRDES met en évidence que le fait de recourir au réseau de soins mutualiste, dans le cas des contrats proposés par la MGEN, permet de proposer des garanties plus élevées, en particulier pour les contrats de base, notamment en dentaire où la différence apparaît importante (pouvant, pour certains types de soins aller au-delà de la couverture de milieu de gamme du secteur privé). Cela a également pour conséquence de réduire les différences entre les niveaux de remboursements des contrats d'entrée de gamme et les autres contrats (compte tenu des niveaux de remboursement de la chambre particulière et du dentaire). **Néanmoins, l'analyse IRDES montre que, dans le cadre de la deuxième vague de référencement, la MGEN comme la MGEFI n'opèrent plus de remboursements différenciés selon le fait de fréquenter ou non le réseau de soins mutualiste, à la différence des contrats référencés lors de la première vague. En effet, il apparaît que dans le cadre du 2e référencement, les cahiers des charges ont limité la capacité de contribution des réseaux de soins par les précisions qui y étaient apportées.**

Les graphiques 2 et 3 comparent les niveaux de garanties proposées par la MGEN et la MGEFI entre la première et la deuxième vagues de référencement. Il ressort que :

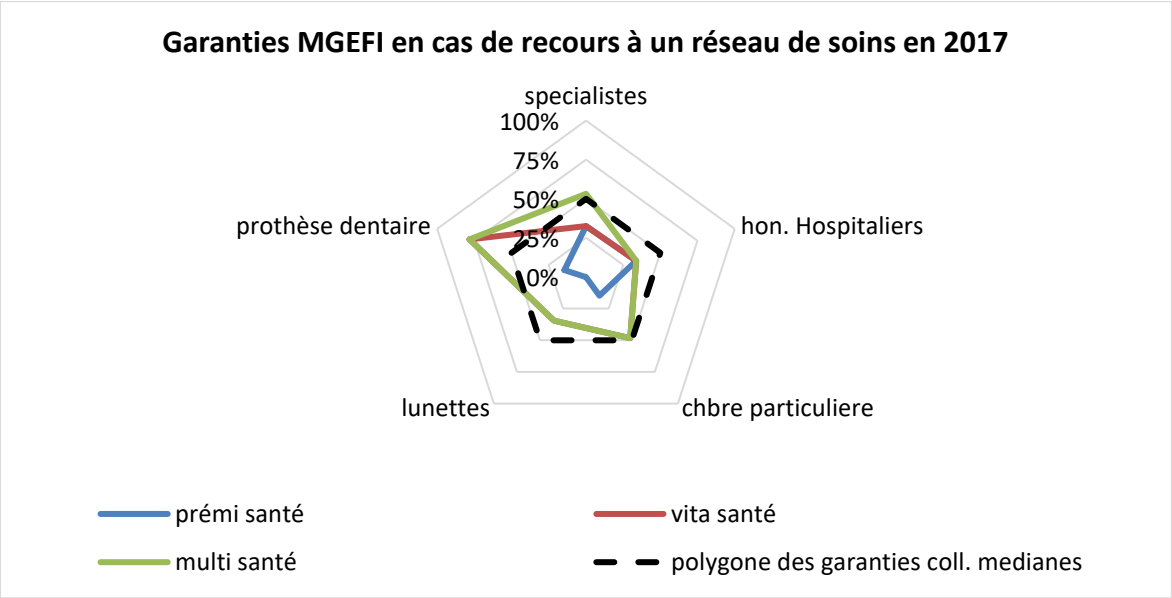
- Les garanties offertes par la MGEFI aux agents du ministère de l'économie et des finances sont améliorées (sans prendre en considération la possibilité du recours au réseau de soins) surtout pour ce qui concerne l'option la plus « couvrante » du contrat nouvellement référencé.
- Les garanties offertes par la MGEN au ministère de l'éducation nationale, de la recherche, de l'enseignement supérieur, de la culture et de la jeunesse et des sports (correspondant au cahier des charges défini par la DRH ministérielle) se trouvent améliorées (si on ne prend pas en considération l'accès aux réseaux de soins mutualistes proposés dans le cadre du premier référencement), ce constat étant confirmé par l'analyse réalisée par la DREES (cf. graphique n°4).

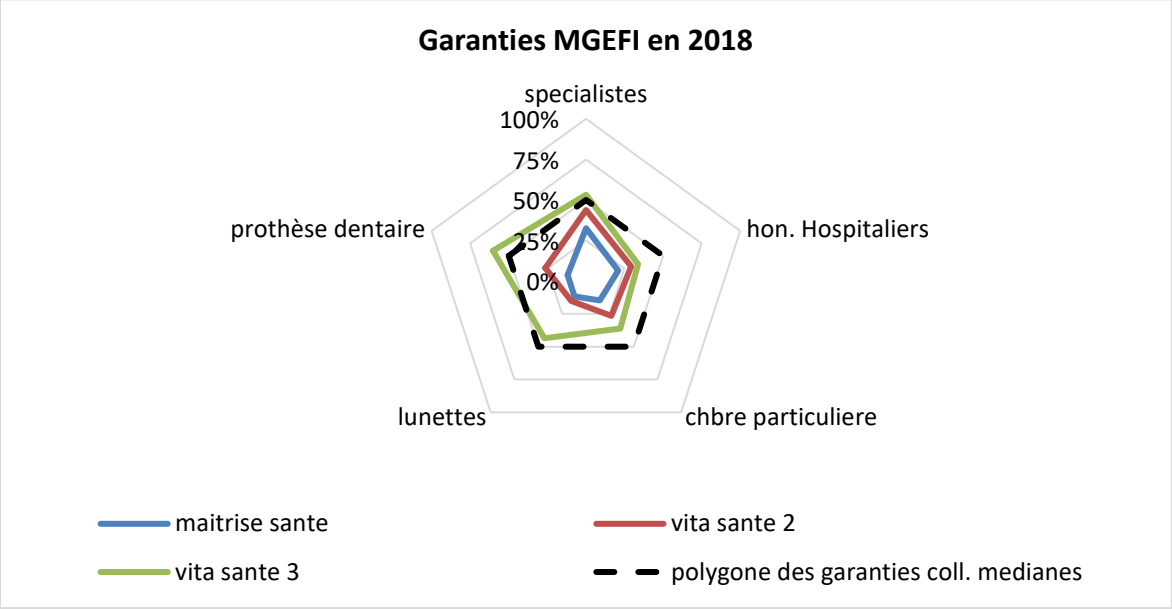
Néanmoins, il convient de rester prudent sur ces comparaisons qui doivent également prendre en compte les évolutions tarifaires pratiquées entre les deux vagues de référencement.

Graphique n°2 : Garanties MGEFI pour les personnels du ministère de l'Economie et des finances



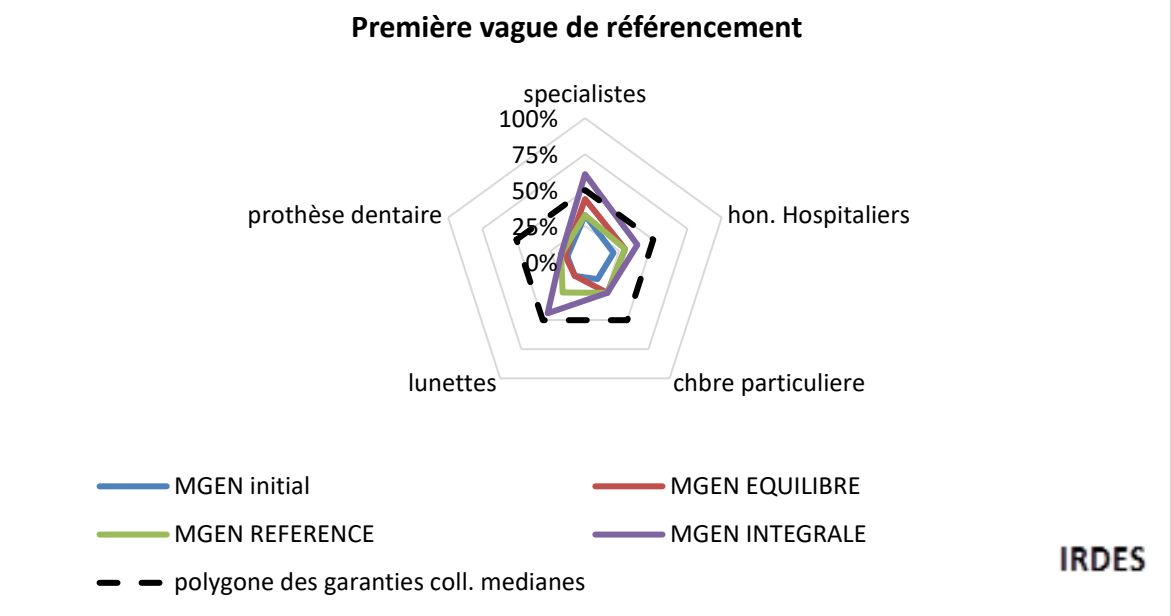
Annexe VIII

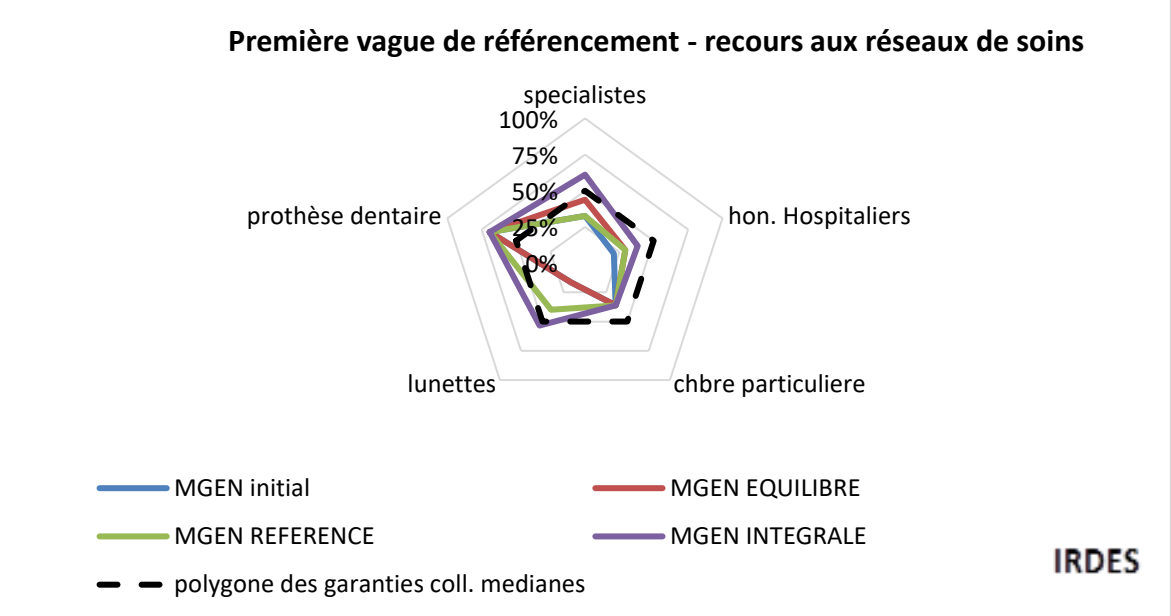




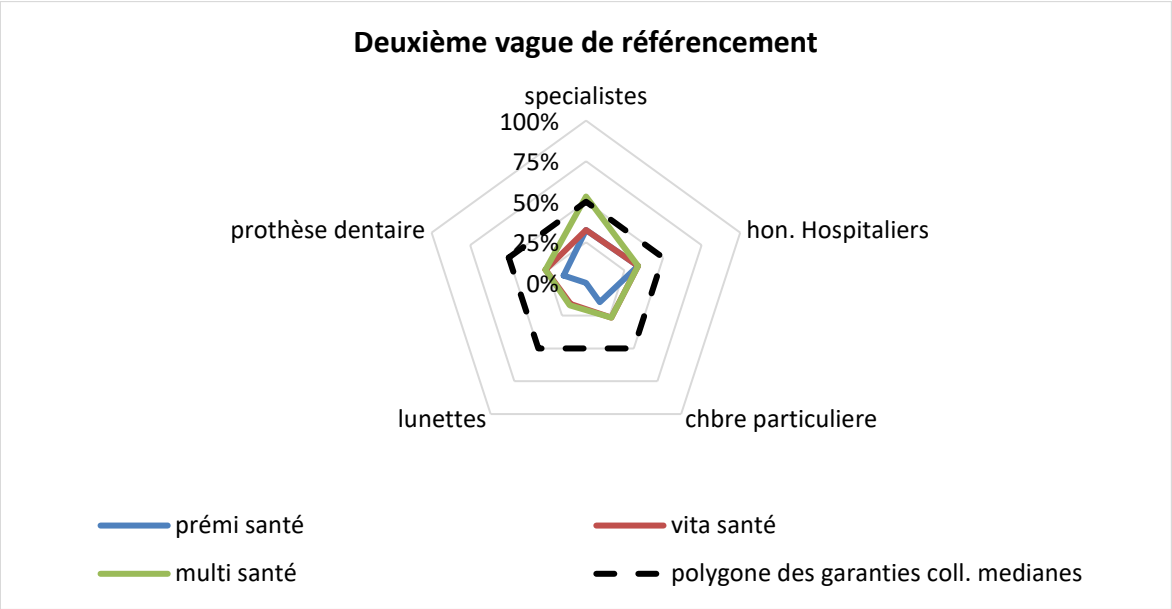
Source : IRDES, Une comparaison de garanties offertes aux salariés de la fonction publique avec celles des contrats collectifs
Nota : Plus les garanties offertes aux salariés du secteur privé sont élevées en comparaison des contrats offerts par les mutuelles référencées, plus la courbe est proche du centre. Les garanties médianes des contrats collectifs forment un pentagone (puisque cinq garanties sont étudiées), appelé par la suite « polygone des garanties médianes ». Il permet de visualiser le milieu de gamme du collectif.

Graphique 3 : Garanties MGEN pour les ministères de l'éducation nationale, de la recherche, de l'enseignement supérieur, de la culture et de la jeunesse et des sports



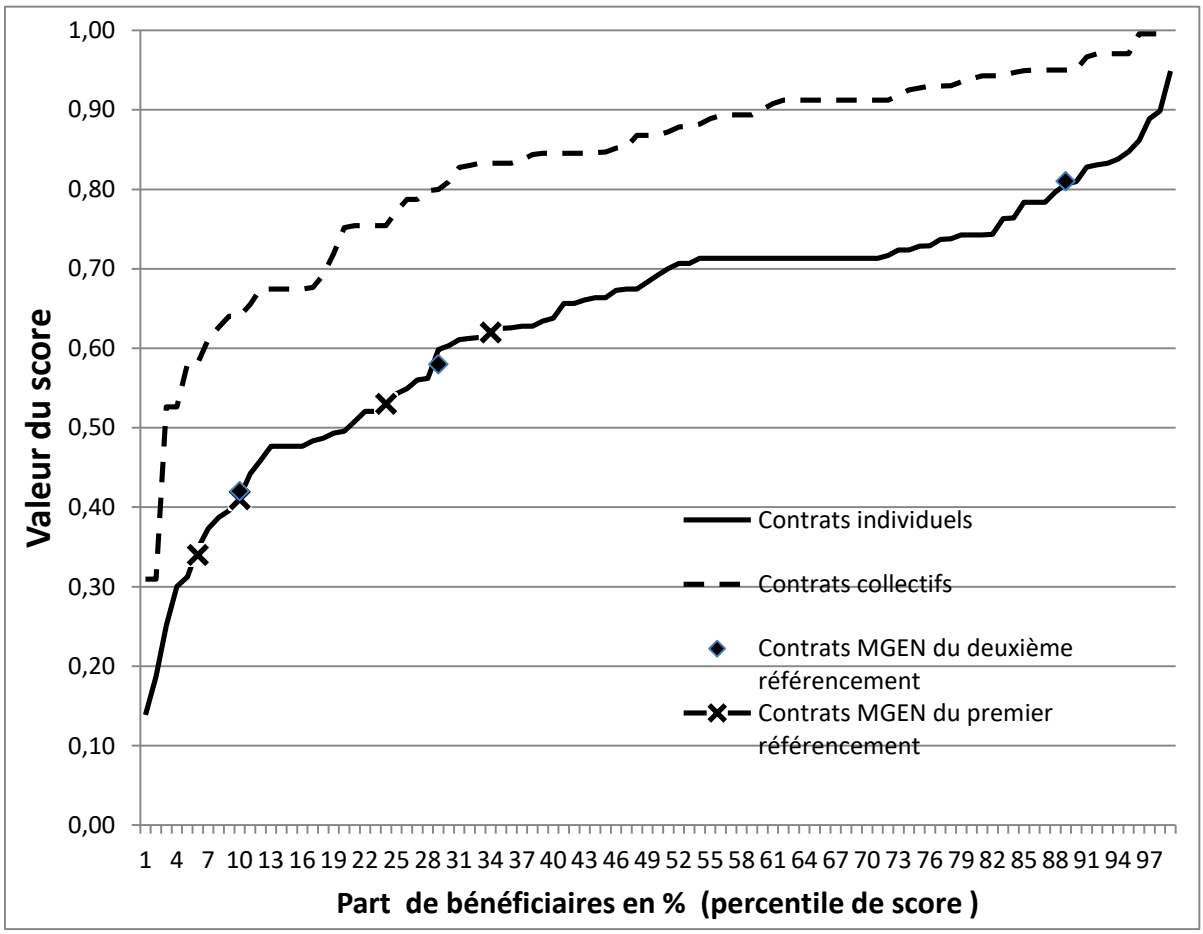


Annexe VIII



Source : IRDES, Une comparaison de garanties offertes aux salariés de la fonction publique avec celles des contrats collectifs
Nota : Plus les garanties offertes aux salariés du secteur privé sont élevées en comparaison des contrats offerts par les mutuelles référencées, plus la courbe est proche du centre. Les garanties médianes des contrats collectifs forment un pentagone (puisque cinq garanties sont étudiées), appelé par la suite « polygone des garanties médianes ». Il permet de visualiser le milieu de gamme du collectif.

Graphique n°3 : Positionnement des offres proposées par la MGEN entre le premier et le deuxième référencement selon la méthode de la DREES et comparaison ave contrats collectifs



Lecture : *En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts (10ème percentile) disposent d'un contrat dont le score est inférieur à 0,41.*

Champ : *Ensemble des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs.*
Les contrats de la MGEN sont ceux fournis par la mission.

Méthode *: voir fiche n°11 de l'ouvrage Barlet et al. (2019). La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties (édition 2019). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.*

Source : *DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.*

3. Les contrats référencés par les ministères proposent, dans leur ensemble, des niveaux de couverture couvrant la totalité du spectre des contrats individuels

À la demande de la mission, la DREES a réalisé une analyse des niveaux de couverture des garanties demandées par les ministères dans le cadre des appels d'offre lancés à l'occasion du deuxième référencement, en cherchant à les situer par rapport aux résultats obtenus dans le cadre de son enquête sur les contrats les plus souscrits en 2016. L'encadré ci-dessous décrit la méthode employée par la DREES dans son étude de 2016.

Le tableau 1 présente le classement des niveaux de couverture demandés par les ministères dans le cadre du deuxième référencement. Pour la plupart, les ministères ont demandé aux organismes complémentaires de proposer différents niveaux de couverture allant du contrat d'entrée de gamme (score inférieur à 0,6), au contrat de milieu de gamme (score compris entre 0,6 et 0,8) jusqu'au contrat haut de gamme (score supérieur à 0,8). Néanmoins, le tableau 1 fait apparaître des stratégies hétérogènes entre ministères. Ainsi :

- l'appel d'offre lancé par le MAS a défini des garanties d'entrée de gamme pour les 3 premiers niveaux de couverture et des garanties de moyenne gamme pour son dernier niveau de garantie, ce qui ne permet pas aux agents de ce ministère de bénéficier d'un contrat référencé haut de gamme ;
- a contrario, l'offre de base du MTES correspond à des contrats de moyenne gamme, sans ouvrir la possibilité aux agents qui le souhaiteraient de souscrire un contrat d'entrée de gamme, moins onéreux ;
- le MAEE et le MEN, quant à eux, ont défini un premier niveau de garantie d'entrée de gamme et un dernier niveau de garanties haut de gamme, sans proposer de contrat intermédiaire ;
- enfin, d'autres ministères comme la Justice, la Défense ou l'Agriculture ont défini des niveaux de garanties correspondant à l'ensemble des contrats d'entrée de gamme au haut de gamme.

Encadré 2 : méthode de classement des contrats d'assurance santé développée par la DREES

La méthode utilisée par la DREES pour classer les contrats selon leur degré de couverture s'appuie sur le calcul d'un score synthétique pour chacun d'entre eux. Le score d'un contrat révèle son niveau de remboursement du reste à charge après assurance maladie obligatoire (AMO) sur un panier de soins pour un bénéficiaire moyen. Il varie entre zéro (le contrat n'offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et un (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge sur les postes de soins considérés). […]

Le score est établi à partir des soins suivants : l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives, les prothèses dentaires, les soins orthodontiques, les consultations de médecins spécialistes, la pharmacie remboursée à 15 % et 30 % par l'AMO, la chambre particulière à l'hôpital.

Pour chacun de ces soins, le remboursement du contrat est calculé en appliquant les garanties – recueillies dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits – à la consommation moyenne observée en 2016 pour ce soin (RAC AMO, nombre d'actes, nombre de patients) dans les données de remboursement de l'assurance maladie du Système national des données de santé – Datamart consommation inter-régimes (SNDS-DCIR).

Les données sur les séjours hospitaliers sont tirées du SNDS – Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le champ de la population d'assurés exclut ici les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS qui bénéficient de garanties et de tarifs spécifiques. Les garanties 2011, 2013, 2014 et 2016 ne sont pas corrigées de l'évolution des prix en santé. […]

Les contrats d'entrée de gamme sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de milieu de gamme sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats haut de gamme sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.

Toutefois, le niveau de couverture est une mesure imparfaite de la qualité de la couverture offerte par un contrat. L'accès ou non à des réseaux (dentaires, optiques, etc.) avec des tarifs négociés ou le bénéfice de plates-formes téléphoniques de conseils (devis) ne sont pas pris en compte dans leur classement. Par ailleurs, les postes de soins considérés pour établir le score ne sont pas exhaustifs. La quasi-totalité des contrats étant responsables – prenant donc en charge le ticket modérateur, excepté pour quelques postes de soins –on privilégie en effet pour le calcul du score les postes de soins où s'applique une liberté tarifaire et on néglige ceux pour lesquels la prise en charge est homogène entre les contrats, même s'ils constituent une partie importante des dépenses de soins (par exemple, les consultations de généralistes ou les médicaments remboursés à 65 %). Les postes de soins considérés dans le score représentent ainsi un tiers du reste à charge opposable.

En revanche, ils correspondent à la majorité des soins pour lesquels les honoraires sont libres : les soins en optique, en dentaire, les aides auditives et les dépassements d'honoraires de spécialistes représentent en effet près de 95 % de la liberté tarifaire pratiquée dans les soins de ville. Au total, les postes du score coïncident avec 62 % du reste à charge en ville.

De ce fait, le score ne rend que partiellement compte de l'amélioration des garanties induites par la réforme des contrats responsables en 2015. En particulier, il sous-estime que la prise en charge illimitée du forfait journalier a fait progresser celle des séjours hospitaliers (en MCO pour 5 % des bénéficiaires, en psychiatrie pour 36 %, et en SSR pour plus de 10 %). Par ailleurs, les garanties sont mesurées pour les contrats les plus souscrits. Or les planchers de prise en charge visent en premier lieu les contrats les moins couvrants (contrats au ticket modérateur), qui peuvent être sous-représentés dans l'enquête.

Source : DREES, Le niveaux de garanties des couvertures individuelles et collectives, issu de La complémentaire santé – édition 2019.

Annexe VIII

Tableau 1 : Classement des offres fournies par la mission dans la typologie de la DREES

Ministère	Offre	Garanties exprimées en euros hors RSS				Garanties exprimées en %BRSS y compris RSS					Score	Classe de qualité du contrat	Positionnement du contrat dans la distribution des bénéficiaires de contrats individuels (déciles)	Positionnement du contrat dans la distribution des bénéficiaires de contrats collectifs (déciles)
		Optique simple	Optique complexe	Paire de prothèses auditives[8]	Chambre particulière	Prothèse dentaires (CCM)	Ortho-dontie	Consultation de spécialiste secteur 2 hors OPTAM	Pharmacie 15 %	Pharmacie 30 %				
MAS	**base**	15,55	55,85	360	0	125	125	100	15	30	0,15	**1**	D1	D1
MAS	**niv1**	30,55	85,85	960	0	300	250	130	70	100	0,52	**1**	D3	D1
MAS	**niv2**	35,55	115,85	1160	0	350	350	160	100	100	0,59	**1**	D3	D1
MAS	**niv3**	40,55	145,85	1360	0	400	400	200	100	100	0,63	**2**	D4	D1
Agriculture	**niv1**	130	200	360	25	150	200	100	15	100	0,38	**1**	D1	D1
Agriculture	**niv2**	280	380	960	40	225	225	120	100	100	0,66	**2**	D5	D2
Agriculture	**niv3**	450	700	1760	90	550	550	200	100	100	0,94	**3**	D10	D8
DGAC	**niv1**	130	200	960	40	200	200	120	100	100	0,51	**1**	D3	D1
DGAC	**niv2**	240	280	1860	50	300	300	170	100	100	0,77	**2**	D9	D3
DGAC	**niv3**	450	470	2760	70	400	400	220	100	100	0,95	**3**	D10	D8
Justice	**offre 1**	50	200	360	0	100	100	100	15	30	0,16	**1**	D1	D1
Justice	**offre 2**	180	230	1480	50	370	280	120	15	86	0,68	**2**	D5	D2
Justice	**offre 3**	350	450	1680	65	420	300	150	57,5	86	0,85	**3**	D10	D5
Justice	**offre 4**	470	750	2120	90	488,60	500	270	74,5	86	0,96	**3**	D10	D10
MAEE	**Sécurité**	100	200	360	0	100	100	100	15	100	0,24	**1**	D1	D1
MAEE	**Essentielle**	365	715	2520	68	320	255	100	15	100	0,86	**3**	D10	D5
MAEE	**Renforcée**	385	765	2520	75	420	355	200	100	100	0,97	**3**	D10	D10
MEF	**Régime 1**	2,97	9,43	360	0	100	100	100	15	35	0,09	**1**	D1	D1
MTES	**niv1**	210	310	1160	35	200	300	130	100	100	0,61	**2**	D4	D1
MTES	**niv2**	300	450	1560	50	400	400	200	100	100	0,88	**3**	D10	D6
MINDEF	**niv1**	113,00	238,40	540	30	200	200	100	100	100	0,48	1	D2	D1
MINDEF	**niv2**	163,00	308,40	1440	45	300	300	130	100	100	0,71	2	D8	D2
MINDEF	niv3	233,00	490,74	2040	60	400	400	150	100	100	0,87	3	D9	D6
MEN	**Santé 1**	80,00	230	1200	30	150	150	100	100	100	0,42	1	D2	D1
MEN	**Santé 2**	160,00	320	1400	40	200	200	130	100	100	0,58	1	D3	D1
MEN	**Santé 3**	240,00	410	1600	50	300	300	180	100	100	0,81	3	D9	D3

Note : *Les garanties analysées et les BRSS utilisées sont celles de 2019. Le panier de consommation utilisé pour le calcul du score et le classement du contrat (classes 1,2 et 3) est fixé à 2016. Le cas échéant, les garanties utilisées pour le calcul du score sont celles qui s'appliquent dans le cadre du réseau.*

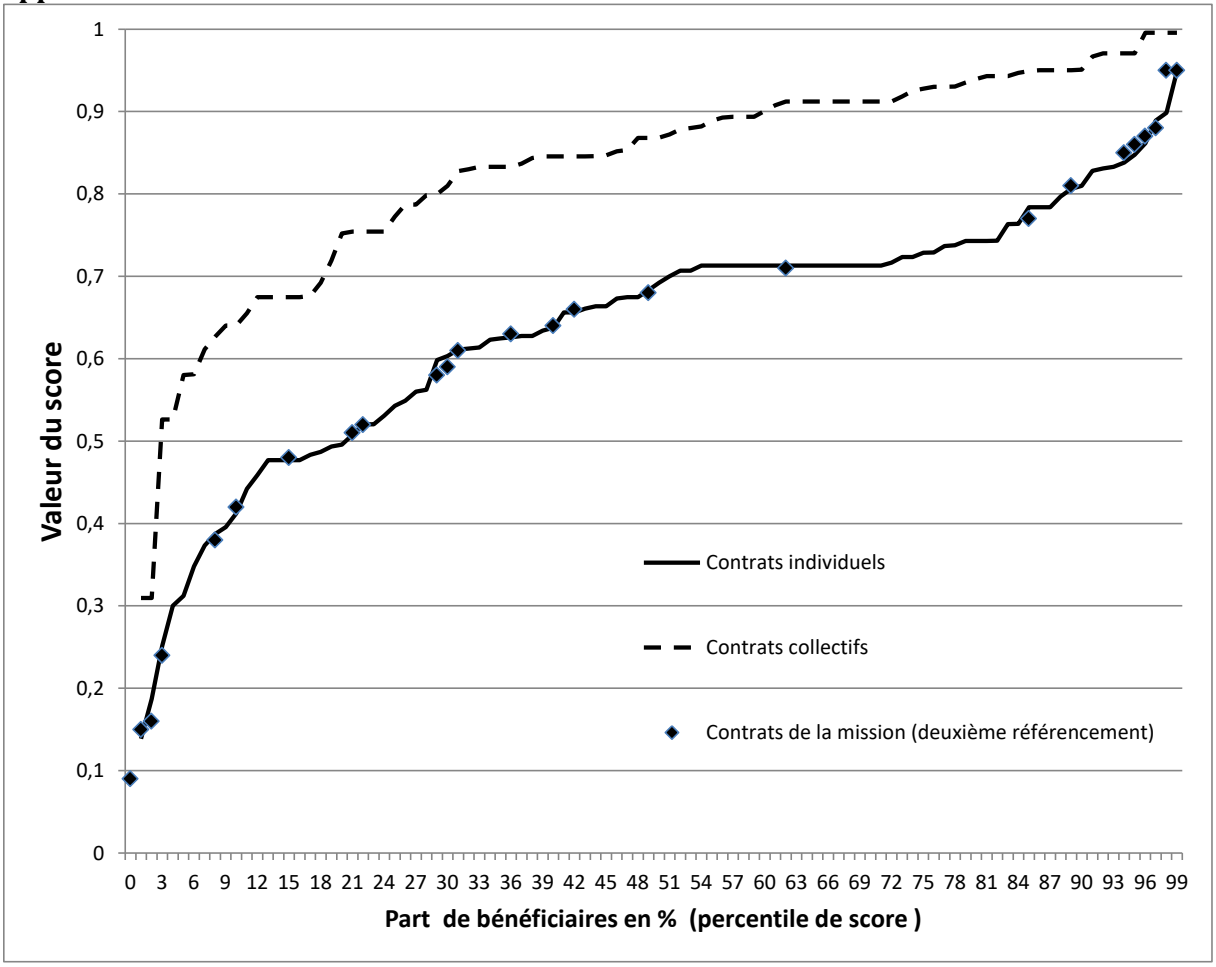
Lecture *: Dans le contrat « base » du ministère « MAS », les garanties en optique simple (pour adultes) s'élèvent à 15,55 € hors remboursement de la sécurité sociale (RSS), et les garanties pour une prothèse dentaire de type couronne céramo-métallique sont de 125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) y compris RSS. Le score de ce contrat est de 0,11. En 2016, les bénéficiaires de ce contrat seraient dans le premier décile de niveau de garanties des contrats individuels, c'est-à-dire parmi les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts.*

Champ : *Bénéficiaires de contrats individuels.*

Sources : *DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.*

Au total, les contrats d'assurance santé référencés par les ministères couvrent l'ensemble du spectre des niveaux de garanties des contrats individuels les plus souscrits en 2016 (cf. graphique n°4).

Graphique 4 : Positionnement des garanties des contrats tels que décrits dans les appels d'offre des ministères



Lecture : *En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts (10ème percentile) disposent d'un contrat dont le score est inférieur à 0,41.*
Champ : *Ensemble des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs.*
Les contrats ciblant les fonctionnaires (carrés noir) sont ceux fournis par la mission.
Méthode *: voir fiche n°11 de l'ouvrage Barlet et al. (2019). La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties (édition 2019). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.*
Source : *DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.*

ANNEXE IX

Support de restitution

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES
TERRITOIRES ET DES RELATIONS AVEC LES
COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

MINISTÈRE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS

SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUPRÈS DU MINISTRE
DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Protection sociale complémentaire des agents publics

Mai 2019

Inspection Générale des Affaires Sociales

IGA

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

1 Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

1.1 La PSC des agents publics a été réformée dans un cadre négocié avec la Commission européenne

1.2 Largement externalisée, peu mutualisée, la PSC est abordée par les DRH ministérielles de façon isolée

1.3 Dans la FPT, la PSC est davantage conçue comme un élément d'attractivité

2 Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

2.1 Globalement en baisse, les transferts de solidarité sont sous-compensés par les ministères

2.2 Le niveau de participation financière à la PSC est très hétérogène selon les ministères

2.3 Amorcée depuis 2005, la diminution de l'enveloppe allouée à la PSC s'est accentuée depuis 2017

3 Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

3.1 La mission n'a pas identifié de problématique d'accès aux soins spécifique aux agents publics

3.2 Sous-estimée, la couverture en prévoyance est peu encadrée et répond imparfaitement aux besoins

4 Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

4.1 La volonté d'améliorer le rapport garanties/prix s'est parfois traduite par une ouverture en trompe l'œil

4.2 L'absence de bascule vers les garanties référencées interdit à quatre ministères de soutenir financièrement la PSC

5 Recommandations de la mission

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

- Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005
- Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance
- Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif
- Recommandations de la mission

La PSC des agents publics a été réformée dans un cadre négocié avec la Commission européenne

Jusqu'en 2006, des mutuelles subventionnées par l'État

Environ 80 M€ étaient alloués à la PSC en 2005

- Subventions et aides en nature versées aux seules mutuelles constituées entre fonctionnaires, uniquement dans la FPE

Un dispositif doublement remis en cause par le Conseil d'État et la Commission européenne

- Contraire au principe d'égalité car réservé aux seules mutuelles de fonctionnaires
- Constitutif d'une aide d'État jugée incompatible avec le droit européen car fournissant un avantage sélectif par rapport à d'autres acteurs sur le marché

Un nouveau dispositif négocié avec la Commission européenne pour préserver au maximum l'existant

- Choix de se situer dans le cadre d'une aide au consommateur individuel
- Un dispositif validé au regard de son objet social et des modalités de sélection des organismes assureurs
- Une difficulté originelle : principe de solidarité vs couverture facultative

Aujourd'hui, deux dispositifs distincts pour la FPE et la FPT

FPE

Un seul dispositif : le référencement

- Mise en concurrence sur la base d'un cahier des charges couplant santé et prévoyance
- Obligations de solidarité imposées aux organismes complémentaires (OC) pour les prestations en santé :
  - écart maximal de un à trois entre les montants minimal et maximal de cotisations au-delà de 30 ans
  - pas de questionnaire médical
  - gratuité au-delà du 3ème enfant
- Participation financière plafonnée au niveau des transferts de solidarité

FPT

Trois options, moins de contraintes

- Convention de participation, labellisation ou combinaison des deux dispositifs selon les risques
- Participation financière décorrélée du niveau des transferts de solidarité et pouvant être versée individuellement
- Un cahier des charges en labellisation très minimaliste

Largement externalisée, peu mutualisée, la PSC est abordée par les DRH ministérielles de façon isolée

1/ Les DRH ont un faible degré de connaissance d'un dispositif dont la mise en œuvre est largement externalisée

- Technicité du dispositif et absence de compétences actuarielles dans les bureaux de l'action sociale en charge de la PSC
- Absence de mémoire sur le dispositif liée à sa durée (7 ans) et au *turn-over* dans les bureaux concernés
- Recours généralisé à des prestataires pour le lancement du référencement et son suivi qui renforce les asymétries d'information entre les DRH et les OC

2/ Malgré un effort de coordination de la DGAFP, les ministères interviennent sur la PSC en ordre dispersé

- La circulaire DGAFP/DSS du 27 juin 2016, qui reprend une partie des recommandations du rapport IGF/IGAS/IGA de 2015, visait à mieux encadrer le référencement
- Chaque ministère a mené son propre référencement selon des critères spécifiques, sans que la mission ait pu établir un lien entre les caractéristiques de l'employeur et le cahier des charges de la PSC

3/ La PSC, à laquelle les organisations syndicales (OS) sont peu associées, est faiblement imbriquée avec la GRH

- La mission a rencontré les délégations de huit OS nationales qui, dans leur ensemble, estiment avoir peu de prise sur les décisions des employeurs publics relatives à la PSC et souhaitent majoritairement l'instauration d'un seuil de participation minimale
- Les DRH prennent peu appui sur les OC référencés dans le cadre de la PSC pour développer des actions qui pourraient contribuer à améliorer la santé des agents et leur qualité de vie au travail

Dans la FPT, la PSC est davantage conçue comme un élément d'attractivité

Il n'existe pas de données consolidées et fiables sur la PSC dans la FPT

Des données éparses et non représentatives qui indiquent une montée en charge de la PSC

- 70 % des collectivités territoriales participeraient financièrement à la PSC au titre de la prévoyance en 2017, 56 % au titre de la santé (+ 28 points par rapport à 2010 pour les deux risques) [1]
- … mais 26 % des agents couverts en 2015 [2] ?

Des montants de participation qui seraient en moyenne nettement plus élevés que dans la FPE

- une propension à participer liée à la taille de la collectivité ?
- en moyenne, en 2017, 137 € par an et par agent au titre de la prévoyance, 205 € au titre de la santé[1]
- un montant moyen de participation qui serait plus élevé pour les agents de catégorie C [2]

L'approche de la PSC y semble plus ambitieuse que dans la FPE

La PSC est mise en avant par les collectivités dans leur stratégie de recrutement

- un complément de rémunération assumé et rendu visible
- un facteur d'attractivité, en particulier vis-à-vis des contractuels
- un outil de redistribution à travers la modulation du niveau de participation

Les OS sont davantage associées à l'élaboration de la PSC qui repose plus souvent sur une étude des besoins

- vrai pour les collectivités qui font le choix d'une convention de participation
- OS associées à l'analyse préalable des besoins qui peut passer par un questionnaire aux agents
- OC sélectionné assimilé parfois à un partenaire, en particulier dans le champ prévoyance où les enjeux dans la FPT sont particulièrement importants

[1] Enquête réalisée par l'Ifop pour la Mutuelle nationale territoriale en octobre 2017

[2] Synthèse des bilans sociaux 2015 (DGCL)

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

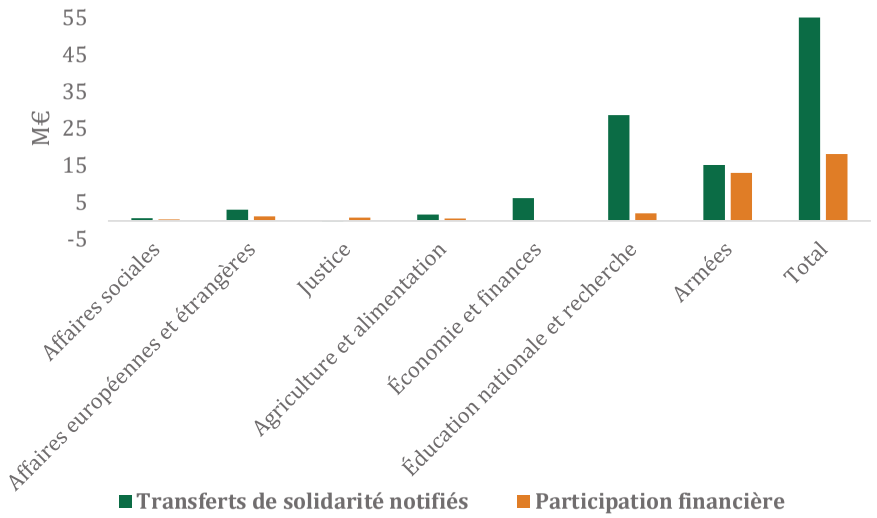
Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

Recommandations de la mission

Globalement en baisse, les transferts de solidarité sont sous-compensés par les ministères

Les transferts de solidarité, qui ont baissé de 48 M€ par rapport à 2015, sont compensés à un tiers en 2017 par l'État



1
- Difficulté d'expliquer le sens de l'évolution des transferts de solidarité (notamment du fait de leur sensibilité aux évolutions tarifaires), au demeurant marginaux dans plusieurs ministères

2
- Une baisse essentiellement due à l'Éducation nationale (compte tenu de son poids démographique)

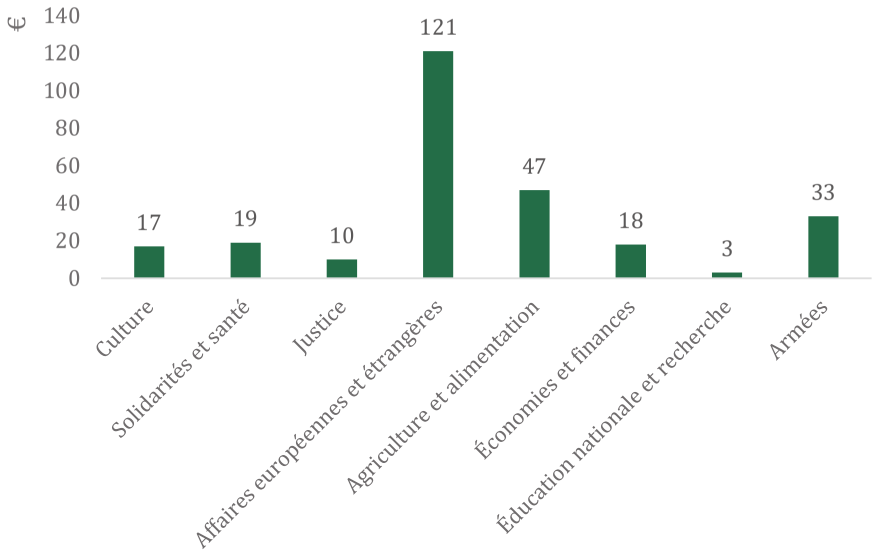
3
- Deux ministères seulement qui compensent plus de la moitié des transferts

4
- Au global, 33 % des transferts de solidarité compensés par l'État en 2017

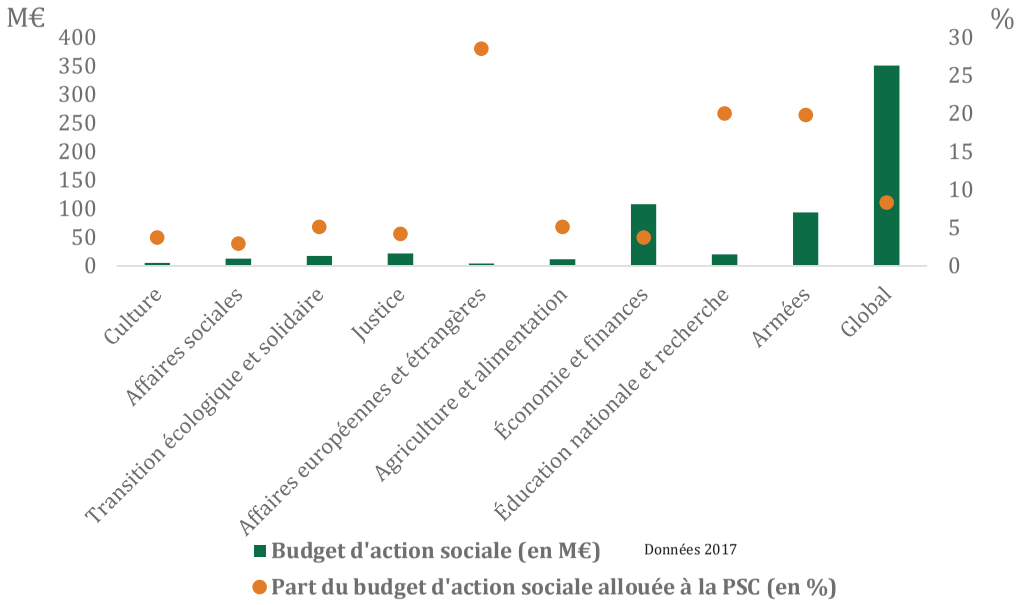
Le niveau de participation financière à la PSC reste très hétérogène selon les ministères

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

Une participation moyenne en 2017 de 12 € par an et par agent



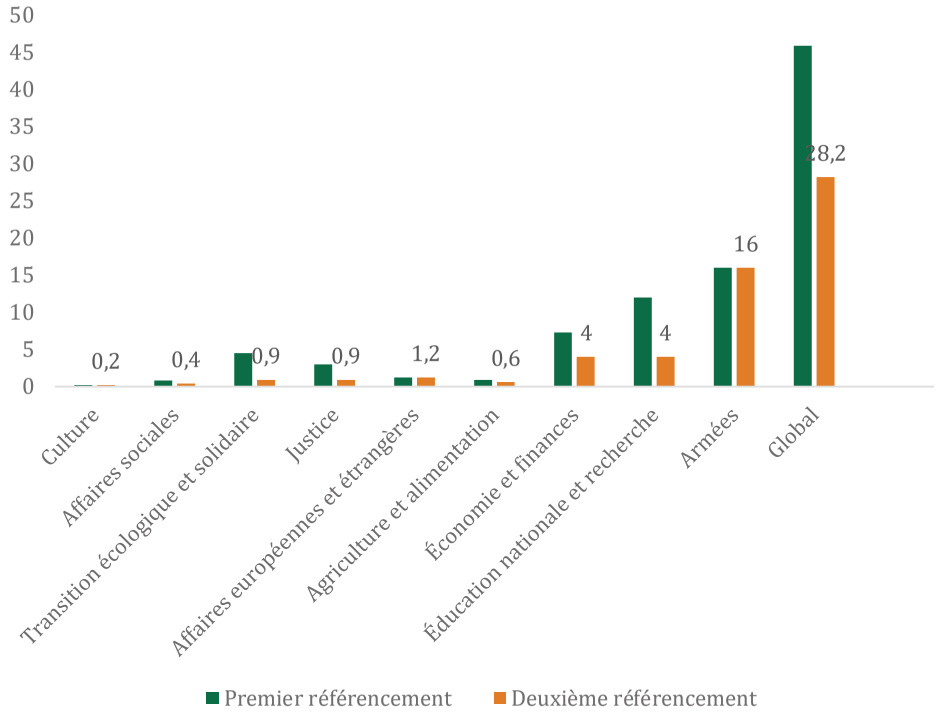
Environ 8 % du budget d'action sociale est alloué à la PSC



Le niveau de participation financière à la PSC dépend (i) des priorités affichées par le ministère et (ii) d'arbitrages au sein de l'enveloppe allouée à l'action sociale qui peuvent évoluer chaque année.

Amorcée depuis 2005, la diminution de l'enveloppe allouée à la PSC s'est accentuée depuis 2017

L'enveloppe prévisionnelle allouée à la PSC a diminué de 39 % entre le premier et le deuxième référencement



1

- ~ 80 M€/an jusqu'en 2006, ≤ 46 M€/an pendant le 1er référencement, ≤ 28 M€/an prévus pour le 2ème

2

- Seuls trois ministères (Culture, Affaires étrangères et Armées) ont maintenu leur niveau de participation entre les deux référencements

3

- Une diminution que certains ministères expliquent par les meilleurs rapports tarifs/garanties obtenus grâce à l'ouverture accrue à la concurrence (cf. *infra*)

NB : il s'agit sauf exceptions (MEF-moyenne entre 2009 et 2016- et MTES –montant 2009) des montants prévisionnels inscrits dans les cahiers des charges.

La mission n'a pas identifié de problématique d'accès aux soins spécifique aux agents publics

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

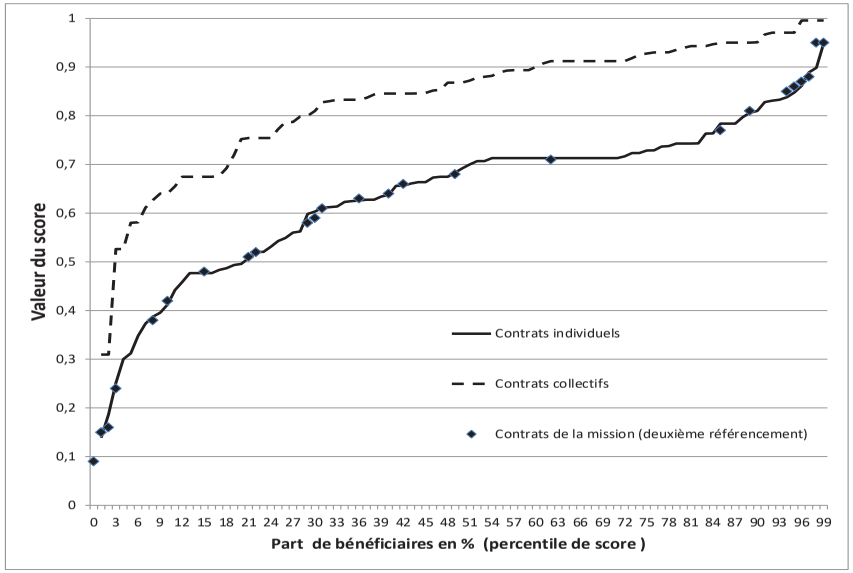
Recommandations de la mission

La mission n'a pas identifié de problématique d'accès aux soins spécifique aux agents publics

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

Des garanties référencées couvrant tout le spectre des contrats individuels sur le marché, mais de qualité globalement inférieure aux contrats collectifs

Positionnement des garanties telles que décrites dans les appels d'offre des ministères



Source : Drees, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats. Lecture : En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts (10ème percentile) disposent d'un contrat dont le score est inférieur à 0,41. Champ : Ensemble des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs. Les contrats ciblant les fonctionnaires (carrés noir) sont ceux fournis par la mission.

Des agents publics qui ne se démarquent pas des salariés du privé en termes d'avis sur leur complémentaire santé ou sur l'accès aux soins

98 % des agents publics couverts par une complémentaire santé en 2014

- part stable par rapport à 2012
- + 1 point par rapport au secteur privé
- 93 % pour les agents en CDD (89 % dans le privé)

Une opinion globalement positive sur leur couverture santé, même si légèrement inférieure au privé

Des taux de renoncement aux soins comparables entre le public et le privé

Sous-estimée, la couverture en prévoyance est peu encadrée et répond imparfaitement aux besoins

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

1/ La prévoyance devrait faire l'objet d'une attention prioritaire au regard des spécificités méconnues de la FP

- Le statut de la FP, bien que protecteur, peut aboutir à une mise en demi-traitement de l'agent au bout d'un délai variable selon la nature du congé maladie (hors causes professionnelles)
- La suspension ou la réduction de certaines primes dans ces situations peut aggraver la perte de revenus

2/ Les informations sur la sinistralité communiquées aux OC candidats ont été insuffisantes

- Les situations d'incapacité temporaire se prolongeant et d'incapacité définitive sont relativement rares mais représentent, du point de vue des assureurs, des « sinistres » dont le coût peut être très élevé
- Or les données fournies lors des appels d'offres ministériels pour le 2ème référencement sont généralement trop imprécises et incomplètes : les DRH ne font pas le lien entre le suivi des situations individuelles et la construction d'offres de prévoyance adaptées

3/ Les ministères n'ont pas cherché à encadrer les conditions d'attribution des prestations de prévoyance

- En prévoyance, la définition des conditions d'attribution des prestations revêt une grande importance pour assurer la concordance entre les avis et décisions des instances médicales, les décisions prises en conséquence par les employeurs publics et l'attribution des prestations par les OC
- Or plusieurs dispositions des règlements et contrats référencés génèrent des incertitudes sur le versement ou le maintien du versement des prestations lorsque l'agent se trouve dans une situation d'incapacité de longue durée ou d'invalidité

4/ Certaines garanties offertes paraissent mal adaptées aux besoins

- La garantie invalidité, limitée à une rente temporaire s'interrompant à l'âge légal de la retraite, n'est proposée qu'en option
- À l'inverse, la garantie « incapacité permanente et absolue » est incluse dans toutes les offres référencées alors qu'elle ne répond pas correctement au besoin de maintien des ressources

La mission n'a pas identifié de problématique d'accès aux soins spécifique aux agents publics

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

Recommandations de la mission

La volonté d'améliorer le rapport garanties/prix s'est parfois traduite par une ouverture en trompe l'œil

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

Une amélioration du rapport garanties/prix non démontrée

- Des ministères conseillés par des actuaires familiers des niveaux de tarifs/garanties pratiqués dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire
- Des cahiers des charges jugés trop rigides par les OC qui ont fait des offres qui ne correspondaient pas à leur modèle économique et qu'ils savaient parfois non viables, pour rester ou entrer sur le marché
- Au moins trois ministères ont affirmé avoir obtenu grâce à l'ouverture à la concurrence de meilleurs rapports garanties/prix…sans pouvoir le démontrer
- Des analyses de la DREES et de l'IRDES montrent néanmoins une amélioration des garanties proposées par deux ministères (sans prendre en compte la possibilité, ouverte dans le cadre du seul 1er référencement, d'avoir accès à un réseau de soins mutualiste)

Une ouverture à la concurrence mal maîtrisée

16 organismes référencés en 2019 contre 10 en 2015

- des « entrants » (cf. Intériale) et des « tenants »
- de nouveaux acteurs n'appartenant pas à la famille des mutuelles

Un angle mort : la bascule des adhérents entre garanties anciennement/nouvellement référencées

- en raison du caractère facultatif du dispositif, pas de clauses prévoyant ces conditions de bascule
- les anciennes garanties peuvent donc continuer à s'appliquer
- méconnaissance par les ministères du stock des adhérents retraités, difficiles à faire basculer

Un multiréférencement qui présente plus d'inconvénients que d'avantages

- exercice du choix plus complexe pour les agents
- comportements d'antisélection de la part des « entrants » pour capter les « meilleurs risques »
- augmentation des frais d'acquisition
- segmentation du périmètre de mutualisation des risques

L’absence de bascule vers les garanties référencées interdit à quatre ministères de soutenir financièrement la PSC

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

Sur la base de données partielles, une minorité des adhérents auraient basculé sur les garanties référencées

- À la fin du 1er référencement, environ sept agents actifs sur dix adhéraient à un contrat référencé
- En 2019, moins de 20 000 adhérents (essentiellement actifs) à un contrat référencé à l’Éducation nationale (874 à la MGEN) et aux Armées (18 318 à Unéo)
- Seuls les MEF et le MEAE ont réussi la bascule de l’ensemble des adhérents vers les garanties nouvellement référencées, parce qu’ils ont conservé le même opérateur et ont négocié avec lui la fermeture de l’ancienne offre
- Les « entrants » ont capté à ce stade un nombre marginal d’adhérents dans les ministères concernés
- Des OC référencés privilégient la diffusion de garanties non référencées et des OC sans offre référencée affirment que l’aide de l’État n’est pas discriminante

Au moins quatre ministères ne pourront pas participer financièrement à la PSC en 2019

- Des transferts de solidarité qui devraient être réduits à néant à la Culture, à l’Éducation nationale, aux Affaires sociales et aux Armées
- Un montant de 21 M€ au global qui devait être alloué à la PSC mais qui ne pourra pas être dépensé dans ce cadre
- Des ministères encore peu conscients à date de cette situation, ces référencements ayant été initiés en 2018-19

La mission n'a pas identifié de problématique d'accès aux soins spécifique aux agents publics

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

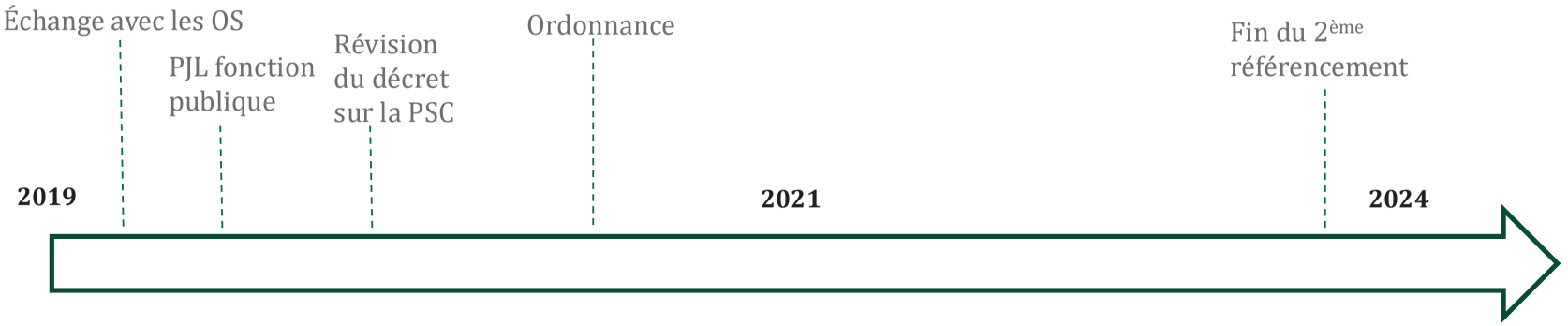
Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

Recommandations de la mission

Scénarios recommandés



FPE

Sans attendre la fin du 2ème référencement

Participation employeur

- Favoriser la bascule sur les garanties nouvellement référencées
- Augmenter le niveau de participation financière des employeurs sur les garanties santé selon différentes options (entre 60M€ et 1,3 Md€)
- Autoriser, après négociation avec les OC référencés, le versement individuel de cette participation et, si nécessaire, la cibler sur des catégories d'agents

Prévoyance

- Prévoir une participation supplémentaire de l'employeur à la couverture prévoyance via un mécanisme spécifique transitoire
- En matière de prévoyance, rapprocher les garanties des contractuels de celles des fonctionnaires en cas d'incapacité de travail et ouvrir la possibilité de souscrire seulement à une couverture prévoyance

À l'issue du 2ème référencement

- **Scénario 1** : approfondir le système de référencement sur le modèle des contrats de groupe qui existent dans le secteur privé et améliorer la cohérence entre les garanties prévoyance et le statut
- **Scénario 2**: élargir la palette des dispositifs accessibles à l'ensemble des employeurs publics pour financer la PSC en autorisant le financement par les employeurs de couvertures complémentaires conformes à un cahier des charges national et garantissant l'absence de sélection des risques
- **Scénario 3** : supprimer la spécificité du dispositif de PSC dans la fonction publique, le cas échéant dans le cadre d'une réforme des contrats responsables qui imposerait des transferts de solidarité au bénéfice des familles et des retraités

FPT

- Renforcer les exigences associées à la procédure de labellisation
- Ouvrir aux collectivités volontaires la possibilité de mettre en place des contrats collectifs à adhésion obligatoire

Contacts

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

vincent.lidsky@igf.finances.gouv.fr
irina.schapira@igf.finances.gouv.fr

Inspection Générale des Affaires Sociales

delphine.chaumel@igas.social.gouv.fr
laurent.gratieux@igas.social.gouv.fr
franck.lemorvan@igas.social.gouv.fr

IGA

corinne.desforges@iga.interieur.gouv.fr