



3 questions à...

Martine Simon

Membre du Bureau de l'UGFF, chargée de l'Action Sociale

Plusieurs textes sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'état viennent d'être publiés. Peux tu nous dire de quoi il s'agit exactement et quelle en est l'origine ?

Les mutuelles de la fonction publique recevaient des subventions des employeurs publics qui participaient ainsi partiellement à la prise en charge de la protection sociale complémentaire (PSC) des adhérents mutualistes. Les aides étaient très modestes, 30€ par agent, 80 à 100 millions d'euros par an. Suite à un recours en contentieux opéré par une petite mutuelle, ces aides ont été remises en cause et le cadre réglementaire datant de 1962 a été abrogé.

L'action de la CGT, dans l'unité avec les syndicats FSU-FO-UNSA-CFDT, et en convergence avec la mutualité fonction publique a permis qu'aujourd'hui loi, décret et arrêtés d'application constituent un cadre juridique nouveau relatif à la protection sociale complémentaire des agents de l'état. Les employeurs ministériels ont la responsabilité de les mettre en application en 2008.

L'objectif de la CGT était d'obtenir une participation des employeurs à la PSC des agents. La loi institutionnalise la responsabilité des employeurs publics et leur participation financière ce qui renforce les droits des agents.

Qu'est ce que cela va changer concrètement pour les personnels ?

L'agent a toujours le libre choix de sa complémentaire, la souscription reste facultative.

S'il a déjà souscrit un contrat près d'une mutuelle de la fonction publique, il n'est toutefois pas assuré que demain celle ci sera sélectionnée par son employeur ministériel pour bénéficier d'une aide financière.

En 2008 en effet, l'employeur ministériel doit, après une mise en concurrence, faire seul le choix d'un ou de plu-

sieurs organismes avec le ou lesquels il passera une convention pour 7 ans. La sélection doit porter sur les garanties, le prix, la mise en place d'une vraie solidarité envers les retraités et les plus exposés aux risques. Ensuite le ou les contrats de ces organismes « de référence » seront proposés aux agents. La participation de l'employeur sera versée à l'organisme au vu de la liste des adhérents, en fonction des transferts effectifs de solidarité, intergénérationnels et familiaux opérés au titre des garanties mises en œuvre (transfert = somme des écarts constatés entre les prestations versées et les cotisations encaissées).

L'impact sur le montant de la cotisation est complètement incertain, celui-ci dépend en effet du niveau des garanties, de la population adhérente concernée et du niveau de l'aide de l'employeur public.

Comment la CGT juge t'elle le dispositif, et quels sont pour elle les revendications qui demeurent et les pièges à éviter.

Il y a un cadre réglementaire qui prévoit le financement de la PSC des agents ainsi que ses modalités.

Le décret d'application expose (et des arrêtés en explicitent quelques articles) les principes de solidarité applicables aux garanties complémentaires, par exemple la solidarité intergénérationnelle par l'encadrement du tarif ou encore la solidarité familiale par l'obligation faite aux tarifs des familles les plus nombreuses de ne pas excéder ceux des familles de trois enfants. Ce texte enfin interdit la sélection des risques et garantit la prise en charge de chaque agent actif et retraité...

Pour autant ce nouveau cadre légal est loin d'être parfait.

La CGT a revendiqué en vain que la gestion revienne à un organisme à but non lucratif, mais le décret ouvre la gestion de la PSC au marché des assurances. Le caractère facultatif des contrats n'oblige pas en effet à dési-

gner un opérateur exclusif découlant d'un accord social comme les contrats groupe dans le privé. Les mutuelles n'ont de ce fait pas l'exclusivité de gestion.

La CGT a alors agit pour que la solidarité soit au cœur du décret et pour que le cahier des charges soit contraignant, mais les textes restent encore trop imprécis pour déjouer tous les pièges des assurances.

Ceux-ci ne contiennent aucune précision sur le niveau de l'engagement financier de l'employeur. Ils n'obligent pas les employeurs ministériels à la concertation avec les syndicats représentatifs etc. Le contenu des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité permanente et absolue, décès) est minimal. Les garanties en santé ne sont pas décrites et peuvent comporter un choix entre plusieurs options de couverture...elles doivent seulement être exprimées en référence à celles de l'assurance maladie, ou en regard de la rémunération ou en valeur monétaire forfaitaire... Pour les retraités, les textes se bornent à les faire bénéficier des mécanismes de solidarité.

Ni la négociation spécifique ni le rôle des organisations syndicales ne sont portés par ces textes, il faudra donc l'imposer.

La CGT revendique :

dans l'immédiat l'ouverture d'une négociation avec les syndicats représentatifs dans chaque ministère, sur le niveau de participation de l'employeur, sur les modalités de l'avis d'appel public, en ce qui concerne le nombre des opérateurs, les critères de choix, le niveau des prestations... pour avis avant décision du ministre.

la constitution d'un groupe de travail, entre la FPE et les syndicats, chargé de suivre la mise en application dans les ministères.

l'ouverture d'une négociation annuelle obligatoire avec les syndicats sur le niveau des aides, et pour contrôler qu'elles bénéficient bien aux agents par le biais des prestations ou/et des cotisations.