T@mT@m/CFTC.FAE

Fédération CFTC des Fonctionnaires et agents de l'Etat - 2bis, quai de la Mégisserie - 75001 PARIS
Téléphone : 01 40 13 80 88 - Fax : 01 40 13 80 89
Mél. : cftcfae@free.fr - Site : http://cftcfgf.free.fr

N° 7 – Le 11 juin 2007

PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DES AGENTS PUBLICS : UNE DELICATE EXPLICATION DE TEXTE !

Vendredi 8 juin, le projet de décret (TAM TAM 316) concernant la mise en œuvre d'une protection santé complémentaire, soumis au Conseil d'Etat et approuvé par une décision de la commission européenne a été présenté aux organisations syndicales. Ce texte ne correspond pas à notre attente, la CFTC revendiquant l'instauration d'un titre santé individuel.

LA CFTC N'APPROUVE PAS LE PROJET DE DECRET

En préalable à cette réunion, la CFTC a rappelé qu'elle n'approuvait pas ce projet de décret.

L'objectif de la CFTC est que chaque agent public puisse avoir accès à une protection sociale complémentaire, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, notamment pour des raisons financières.

Cette aide individuelle est nécessaire pour les agents et pour l'attractivité de la Fonction publique. Elle serait un moyen de s'assurer que l'argent « va bien dans les poches des agents», et d'assurer la sécurité juridique du dispositif.

Par ailleurs, pour les pouvoirs publics une telle aide aurait un effet incitatif sur son niveau, car plus visible qu'une aide à un organisme intermédiaire.

Néanmoins la CFTC prend acte (se félicite ?) que la participation financière de l'employeur public, soit inscrite dans la loi de modernisation de la Fonction Publique.

Mais nous demandons que cette participation soit d'un montant suffisant et équitable (disparité entre les ministères.

L'AVIS DE LA COMMISSION EUROPEENNE

Cette réunion à la DGAFP fait suite à la décision de la Commission Européenne du 31 mai 2007 qui approuve le projet de décret présenté par la France.

Elle a contrôlée la comptabilité aux textes européens de l'aide de l'Etat notamment :

- La mise en concurrence, et l'absence de discrimination.
- l'objectif social de la mesure.

L'octroi de la mesure d'aide aux consommateurs individuels
La commission décide : « en conclusion, la commission considère que la mesure d'aide examinée est compatible avec le marché commun en vertu de l'article 87…du traité ».

LE RAPPORT AU PREMIER MINISTRE SUR LE PROJET.

Ministère du budget, des comptes
publics et de la fonction publique

_____

Rapport au Premier ministre
relatif au projet de décret n° [ ] du [ ]

RELATIF A LA PARTICIPATION DE L'ETAT ET DE SES ETABLISSEMENTS PUBLICS AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DE LEURS PERSONNELS

Monsieur le Premier ministre,

Les modalités d'intervention de l'Etat en faveur des mutuelles auxquelles adhèrent ses personnels ont été condamnées en droit, tant interne que communautaire.

Dans un arrêt du 26 septembre 2005, Mutuelle générale des services publics, le Conseil d'Etat a enjoint à l'Etat d'abroger, dans un délai de six mois, l'article R. 523-2 du code de la mutualité (ancien) et l'arrêté interministériel du 19 septembre 1962 (dit « Chazelle ») qui servaient de base légale au versement de subventions aux mutuelles, au motif que ces dispositions créent une rupture d'égalité de traitement entre les mutuelles en réservant le bénéfice des subventions aux seules mutuelles exclusivement constituées d'agents de l'Etat et des établissements publics nationaux.

Par ailleurs, le 22 juillet 2005, la Commission européenne a adressé à la France une recommandation proposant l'adoption, pour le 1er janvier 2006 au plus tard, de cinq mesures utiles concernant les aides d'Etat versées aux mutuelles. Elle estime, en effet, que les mesures prises en faveur des mutuelles de fonctionnaires de l'Etat, telles que les subventions directes constituent des aides incompatibles avec le marché commun car elles sont susceptibles d'entraîner des distorsions de concurrence en réservant aux seules mutuelles de fonctionnaires, le subventionnement d'activités de nature concurrentielle.

Prenant acte de la nécessité de faire évoluer le système organisant actuellement la participation de l'Etat employeur à la protection sociale complémentaire de ses agents, le Gouvernement a demandé à ce qu'une réflexion soit engagée au niveau interministériel ainsi qu'avec les partenaires sociaux sur les évolutions susceptibles d'intervenir sur la protection sociale complémentaire des agents publics.

Le groupe de travail interministériel, piloté par la direction générale de l'administration et de la fonction publique, composé de représentants de cette direction, de la direction de la sécurité sociale, de la direction du budget, de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et de la direction des affaires juridiques du ministères de l'économie, des finances et de l'industrie, ont effectué une expertise juridique approfondie sur la solution de substitution au système remis en cause.

Ces travaux se sont déroulés en parallèle de ceux conduits par la mission d'audit de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales, chargée d'analyser la santé économique et financière des mutuelles de fonctionnaires et de tracer les pistes d'évolution pour l'intervention de l'Etat afin de permettre au Gouvernement disposer de tous les éléments de décision.

Les autorités françaises ont affirmé clairement que la protection sociale complémentaire constituait un objectif social, pour améliorer les conditions de vie des agents publics. C'est pourquoi elles ont fait voter, dans la loi de modernisation de la fonction publique, l'article 39 de la loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique qui définit le caractère social et l'étendue du champ de la protection sociale complémentaire. Cette disposition a inséré un article 22 bis dans la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 relative aux droits et aux obligations des fonctionnaires et est ainsi applicable de façon transversale aux trois fonctions publiques.

Le présent projet de décret, pris pour l'application de la disposition législative inscrite au projet de loi de modernisation de la fonction publique, a pour objet de fixer les règles régissant le système d'aide rénové.

Deux orientations majeures ont guidées l'élaboration du projet de décret :

- prendre en compte les exigences d'égalité de traitement et de respect de règles de sélection transparente ;
- préserver les facteurs de solidarité, en particulier intergénérationnels et familiaux afin de maintenir le niveau de protection sociale des agents de l'Etat.

Le nouveau système consiste donc dans le versement a posteriori par l'Etat d'une aide attribuée à l'organisme de référence ou répartie entre les organismes de référence en fonction des transferts effectifs de solidarité mis en œuvre et compte tenu du nombre d'agents affiliés.

L'accès à la participation est réservé aux seuls organismes proposant des contrats vérifiant les critères de solidarité, notamment un degré de mutualisation suffisant entre actifs et retraités. La désignation du ou des organismes assureurs s'effectue par le biais d'une mise en concurrence. La procédure sera menée par l'employeur public, à partir du cadrage défini par le décret.

Il a été choisi de mettre en œuvre un dispositif *ad hoc*. La procédure est néanmoins calquée sur celle relative à la délégation de service public. Le résultat de la mise en concurrence pourra se traduire par le choix d'un ou plusieurs opérateurs par «employeur». L'organisme prestataire est choisi pour une durée définie de sept ans.

Le système est donc ouvert à tous les opérateurs du marché de l'assurance complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, entreprises d'assurance) sans distinction de nationalité. Par ailleurs, l'adhésion est facultative pour les agents.

La volonté de garantir un accès raisonnable à une protection sociale complémentaire de qualité se manifeste notamment par la solidarité entre bien et moins bien portants, par la solidarité entre bas et hauts revenus, qui prend la forme d'une tarification des prestations proportionnelle aux revenus des adhérents, enfin par la solidarité entre actifs et retraités.

Le projet de décret est scindé en cinq titres ci-après exposés :

- TITRE Ier : Dispositions générales ;
-
- TITRE II : Conditions de désignation des organismes de référence ;
-
- TITRE III : Conditions de versement de la participation aux organismes de référence ;
-
- TITRE IV : Principes de solidarité applicables aux garanties complémentaires ;
-
- TITRE V : Contenu minimal des garanties de couverture complémentaire ;
-
- TITRE VI : Dispositions transitoires.

Au-delà de cette présentation générale, les dispositions introduites par le projet de décret ci-joint au présent rapport sont les suivantes.

Titre Ier : Dispositions générales :

L'article 1 du projet de décret définit le champ des bénéficiaires.

Le premier alinéa définit les bénéficiaires de la participation (l'ensemble des agents de l'Etat et de ses établissements publics). Il s'agit du prolongement du I de l'article 22 bis, « *Les personnes publiques mentionnées à l'article 2 peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent* », le lien est fait entre les agents et leur employeur pour ce qui est de la participation financière.

Le deuxième alinéa précise les bénéficiaires des dispositifs de solidarité (non titulaires/fonctionnaires; actifs/retraités). La rédaction signifie que ce sont les dispositifs de solidarité qui bénéficient aux actifs et aux retraités. L'objectif du système est de s'assurer que seuls les organismes ayant créé des solidarités réelles entre les actifs et les retraités bénéficient de la prestation.

L'article 2 du projet de décret précise le champ des risques couverts (santé, maternité, incapacité, invalidité, décès).

Outre le remboursement des frais de santé, le risque prévoyance (incapacité, invalidité, décès) fait partie de l'offre proposée. Le dispositif prévoit l'obligation pour les opérateurs de coupler les garanties santé et incapacité et seulement tout ou partie des garanties invalidité et décès car la couverture d'une partie du risque long, en complément de la couverture santé, s'inscrit en relais du régime statutaire et constitue une priorité définie par l'Etat employeur dans les risques à couvrir.

L'objectif est de leur offrir une protection, face aux aléas de l'existence, en complément de leurs prestations statutaires spécifiques et de compléter en cas de maladie les prestations complémentaires servies. Il est donc très important que l'organisme assureur puisse prendre en charge tout ou partie du salaire afin de garantir le maintien de la rémunération. De fait, les garanties existantes couvrent actuellement les agents qui y souscrivent contre la perte de traitement.

Cette garantie est essentielle car l'indemnisation des agents publics, prévue par le statut en cas d'incapacité ou d'invalidité est assez peu protectrice. Il convient donc de garantir à tous les agents actifs un certain niveau de prise en charge du risque long. Cette offre est donc jugée indispensable au regard, tant de l'occurrence de ce risque (nombre important d'agents touchés), que de la fragilité des personnes qui y sont exposées.

L'article 3 du projet de décret liste l'ensemble des acteurs susceptibles de bénéficier de la participation des employeurs publics (mutuelles, institutions de prévoyance, entreprises d'assurance). Cet article crée un des seuls concepts utilisés dans le décret, qui est celui de «l'organisme de référence». L'objectif recherché est d'assurer une transparence dans la mise en œuvre du dispositif tout en définissant des garanties de solidarité très fortes afin que l'ouverture à la concurrence n'aboutisse pas à n'importe quel résultat.

L'article 4 du projet de décret pose le principe du caractère facultatif de l'adhésion des agents.

Titre II : **Conditions de désignation des organismes de référence :**

L'article 5 du projet de décret prévoit deux points. La désignation d'un ou plusieurs organismes a lieu par l'employeur public après organisation d'une mise en concurrence et elle donne lieu à la signature d'une convention.

Les autorités françaises ont finalement opté pour un nouveau dispositif financier d'aide à la protection sociale complémentaire des agents de l'Etat fondé sur l'aide à caractère social avec appel d'offres. La réalisation de l'appel d'offres respectera les préconisations de l'arrêt Telaustria (CJCE, 7 décembre 2000) et notamment l'obligation de transparence consistant à garantir, en faveur de tout soumissionnaire potentiel, un degré de publicité adéquat permettant une ouverture du marché des services à la concurrence ainsi que le contrôle de l'impartialité des procédures d'adjudication.

Le choix consistant à déterminer si un ou plusieurs opérateurs sont sélectionnés dépendra des objectifs propres à chaque employeur public en fonction de la structure du marché et des risques spécifiques à ce marché.

L'orientation retenue pour ce dispositif n'est pas celle d'une mise en concurrence unique au niveau de l'Etat, mais d'une déconcentration aussi large que possible des décisions à prendre pour couvrir la couverture des agents au niveau de chaque employeur public. Ce choix paraît d'ailleurs favoriser l'existence d'une plus grande concurrence entre les acteurs.

L'article 6 du projet de décret prévoit les modalités de publicité, préalables à l'appel d'offres. Il répond à un souci d'affichage à l'égard des autorités communautaires en instituant une publicité au Journal officiel de l'union européenne.

Il spécifie que le choix entre un ou plusieurs opérateurs doit être précisé dans l'avis d'appel public à la concurrence.

Lorsque l'avis d'appel public à la concurrence précisera que l'employeur public entend faire appel à plusieurs organismes de référence, il lui appartiendra donc de déterminer le nombre d'opérateurs choisi, notamment en fonction de l'importance de la population couverte, de la diversité des «métiers» exercés, de l'implantation géographique des services et de la qualité des offres des candidats.

La procédure choisie permettra d'assurer une bonne visibilité du dispositif et permet aux agents, avant de souscrire des garanties, de savoir si leur assureur répond aux critères autorisant le versement d'une aide de l'Etat.

L'article 7 du projet de décret prévoit les pièces que l'employeur doit transmettre aux candidats.

L'article 7 ne constitue pas une étape de présélection. Il n'y a donc aucun tri à ce stade de la procédure. Tous les candidats dont les offres sont formellement recevables sont retenus (offres présentées dans les délais…).

L'article 8 du projet de décret est relatif à la présentation des offres (délai et contenu) à l'employeur public par les candidats. Il prévoit également dans quelle mesure le ou les organismes de référence sélectionnés sont tenus de maintenir, durant la durée de la convention, les tarifs présentés dans le cadre de leurs candidatures.

S'agissant des tarifs, l'article 8, paragraphe 1 dispose en effet que «la proposition prévoit les limites âge par âge, au-delà desquelles ce tarif ne peut évoluer ». L'objectif de cet article est d'éviter, qu'en cours de convention, un organisme de référence ne modifie significativement la structure de son tarif en vue d'attirer des assurés situés dans certaines tranches d'âge.

L'organisme de référence ne pourra s'écarter des limites tarifaires prévues dans sa proposition qu'après accord préalable de l'employeur et uniquement dans les cas mentionnés à l'article 19.

L'article 8 prévoit également, dans l'offre, la présentation prévisionnelle des éléments de maîtrise financière du dispositif afin de permettre à l'employeur de s'assurer de la viabilité à long terme du circuit économique solidaire créé, puisque chacun des organismes de référence doit expliquer sa politique de recrutement et démontrer que sous cette hypothèse son tarif est viable.

Aux fins de vérification de la maîtrise financière du dispositif par l'organisme candidat, celui-ci fournira par exemple à l'employeur public un programme d'activité permettant de démontrer la viabilité financière de leur offre.

L'article 9 du projet de décret prévoit une étape dans la mise en œuvre de mise en concurrence conformément à la délégation de service public : la sélection des offres répondant à des garanties professionnelles financières. Il détermine les critères de choix fondamentaux, en fonction desquels l'employeur public doit choisir le prestataire ; rapport entre la qualité des garanties et les tarifs, degré de solidarité intergénérationnel et familial établi et maîtrise financière du dispositif.

L'examen préalable des garanties financières et prudentielles présentées par les candidats ne constitue aucunement un contrôle sur ces organismes, mais permet de disposer des éléments concrets destinés à s'assurer des niveaux minima de capacité de ces organismes prévus à l'article 6 du projet de décret.

Aux termes de cet article, il est fait référence à 4 critères définis de façon précise sur lesquels l'employeur public devrait se fonder afin d'établir son choix du ou des organismes de référence

- le rapport entre la qualité des garanties et du tarif proposé (la procédure doit aboutir à sélectionner le mieux disant et non le moins disant) ;

Il s'agit d'un critère essentiel mais pas exclusif.

- le degré effectif de solidarité intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération

- solidarité intergénérationnelle (*accès effectif des «personnes plus âgées» par des cotisations déconnectées du niveau de risque*) ;
- solidarité familiale ; (*mécanismes de couverture familiale*)
- solidarité en fonction de la rémunération (*solidarité avec les agents à faible niveau de revenu ; système de cotisation intégrant le niveau indiciaire des agents*);

- la maîtrise financière du dispositif :

- les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et les plus exposés aux risques :

A l'occasion de la présentation des offres, les candidats devront s'engager sur une stratégie de recrutement, assortie d'engagements tarifaires. Les conditions dans lesquelles ces engagements et objectifs sont respectés seront prises en compte dans le suivi et le renouvellement des conventions. Cette transmission d'information constitue un premier facteur contribuant à assurer l'effectivité de la mise en œuvre des contraintes de solidarité.

Un second facteur d'effectivité de la mutualisation repose sur l'objectivation des transferts de solidarité mis en œuvre au sein des garanties santé par les organismes de référence, en précisant les critères retenus pour répartir la participation.

Le dispositif a pour objet de garantir un accès raisonnable à une protection sociale complémentaire de qualité pour tous les retraités et tous les agents actifs, indépendamment de leur revenu.

Enfin, il est également indiqué à cet article que l'employeur public se fonde sur « tout autre critère objectif respectant les principes de transparence et de non discrimination, adapté à la couverture de la population concernée ». Il n'est pas envisagé de sélectionner les opérateurs en dehors des critères précédemment mentionnés, mais il convient de laisser une marge de manœuvre aux différents employeurs publics afin qu'ils puissent s'adapter aux spécificités de leur secteur, comme le type de population (à titre d'exemple, le ministère des affaires étrangères pourrait instituer comme critère «la couverture à l'étranger»).

L'article 10 du projet de décret précise que le prestataire est choisi pour une durée de sept ans, qui ne peut être prolongée que pour des motifs d'intérêt général.

A priori une convention conclue pour une durée de 7 ans constitue un compromis entre la nécessaire stabilité à assurer aux agents concernant l'octroi des prestations sociales en question et l'ouverture à la concurrence. Il convient de rappeler qu'il s'agit d'un dispositif ad hoc, facultatif, solidaire, pour lequel il n'y a encore aucun modèle préexistant. Ce délai permet de stabiliser les comportements des agents et s'avère nécessaire pour construire une bonne mutualisation, et donc une solidarité effective.

La prolongation envisagée vise à prévoir le cas où les conditions de désignation des organismes de référence mériteraient quelques mois supplémentaires.

L'article 11 du projet de décret est relatif à l'hypothèse où l'organisme ne respecterait plus les conditions imposées par le décret. Il prévoit une clause de sanction du non-respect des critères de solidarité. Si pendant la période de sept ans, les critères de solidarité ne sont plus respectés, l'organisme perd sa qualité d'organisme de référence et il est tenu d'en informer les souscripteurs en leur précisant les conséquences et en leur permettant de changer d'organisme de référence dans un certain délai.

Titre III : conditions de versement de la participation :

L'article 12 du projet de décret pose le principe selon lequel la participation est déterminée par l'employeur public et spécifie les modalités de calcul de la contribution.

Lorsque plusieurs organismes de référence sont désignés, la participation est calculée en fonction des transferts solidaires intergénérationnels et familiaux, du nombre d'agents affiliés ainsi que des minorations de cotisations acquittées par les adhérents.

Le projet de décret prévoit explicitement que la participation affectée à chaque organisme de référence ne peut excéder les transferts de solidarité mis en œuvre par chaque organisme.

L'article 13 du projet de décret spécifie que l'employeur public effectue le versement de la participation au vu de la liste de ceux de ses agents qui ont adhéré aux contrats. L'obligation d'accepter l'ensemble des fonctionnaires entrant dans le champ de l'appel à concurrence est actée. Il s'agit donc d'une non-sélection des agents. L'employeur public effectue le versement de la participation au vu de la liste de ceux de ses agents qui ont adhéré aux contrats. Cette liste est fournie trimestriellement par l'organisme de référence.

L'article 14 du projet de décret répond à l'objectif de vérifier que la participation que les employeurs versent est bien utilisée au bénéfice des agents dans le respect des principes de solidarité fixés par le décret.

Titre IV : Principes de solidarité applicables aux garanties complémentaires :

L'accès à la participation est restreint aux seuls organismes proposant des contraintes de solidarité.

L'article 15 1°) du projet de décret institue une solidarité intergénérationnelle. Les transferts intergénérationnels correspondent à la somme des écarts entre les prestations versées au titre de la santé aux retraités et les cotisations correspondantes qu'ils acquittent. La solidarité intergénérationnelle revient à demander aux actifs une surcotisation par rapport à leur risque réel pour compenser les minorations de cotisation accordées aux plus âgés. Le critère de solidarité intergénérationnel est un ratio d'un à trois entre les cotisations des actifs et des retraités. Plus précisément, il s'exprime par le rapport entre la cotisation de l'assuré de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation de l'assuré de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé. Cette rédaction est destinée à permettre aux opérateurs de faire éventuellement des tarifs plus attractifs pour les plus jeunes, les moins de 30 ans, de manière à éviter une fuite massive vers des organismes qui ne respecteraient pas les contraintes de solidarité.

L'article 15 2°) du projet de décret offre la possibilité aux organismes d'affecter à des agents, qui n'auraient pas joué durablement le jeu du système solidaire, une surcotisation. Cet article a pour objectif la création d'un «parcours solidaire» qui inciterait les agents à adhérer aux organismes de référence, ce qui renforcerait la solidarité au sein du dispositif. Ainsi, ce ratio vise à pénaliser les personnes qui choisiraient de n'adhérer à un organisme de référence que lorsque les solidarités mises en œuvre seraient en leur faveur. Cette disposition sert à éviter des comportements qui pourraient être préjudiciables à l'équilibre des systèmes, à savoir que des agents feraient le choix pendant la première partie de leur vie professionnelle de systèmes non solidaires qui pourraient leur offrir des tarifs plus attractifs et essaieraient de revenir dans le système solidaire au moment où ils en bénéficieraient dans la deuxième partie de leur vie professionnelle ou à la retraite.

Les organismes de référence risqueraient de se trouver avec une charge quasiment exclusive des risques les plus lourds et verrait leur équilibre menacé.

L'article 15 3°) du projet de décret prévoit que pour les garanties incapacité, invalidité et décès, dont les prestations s'expriment en pourcentage du revenu, il est nécessaire d'établir une tarification fondée sur le revenu, pour des raisons d'équité sociale.

L'article 16 du projet de décret constitue une clause anti-abus.

Dans le cas d'une pluralité d'organismes, les agents les plus âgés auront tendance à choisir l'organisme de référence le «plus solidaire», alors que les plus jeunes se tourneront vers un opérateur de référence «moins solidaire», c'est à dire offrant un tarif plus attractif en début de carrière. Ce comportement de préférence pour le présent de la part des assurés peut se trouver accentué par certains opérateurs qui chercheraient à sélectionner les meilleurs risques, au détriment des opérateurs les plus solidaires.

Pour limiter cet effet, le mécanisme prévu à l'article 16 ouvre la possibilité aux opérateurs de mettre en place un âge maximal d'adhésion, dès lors qu'ils auraient constitué le portefeuille de risque satisfaisant au plus haut degré de solidarité inter-générationnelle. Il constitue une protection des assurés contre le risque de faillite d'un organisme auquel aurait adhéré un trop grand nombre d'agents âgés. Il permet également une meilleure mutualisation des risques entre les organismes de référence et la mise en place de solidarités entre ceux-ci.

Lorsque le nombre d'agents adhérents est trop faible, l'âge moyen calculé annuellement n'est pas significatif. Il n'est donc pas souhaitable que des opérateurs de trop petite taille, et donc n'étant pas en mesure d'assurer une mutualisation efficace, puissent utiliser ce mécanisme. Mais, pour autant, le seuil de 10 % n'a pas pour effet d'apporter une quelconque restriction à l'accès de nouveaux entrants au dispositif.

Cette mesure ne constitue pas une restriction à la liberté de choix de l'agent. En effet, au sein même du parcours solidaire, l'agent qui se voit refuser l'adhésion à un organisme en raison d'un âge supérieur à l'âge maximal d'adhésion peut toujours se tourner vers le ou les autres organismes de référence désignés par son employeur. Ces derniers sont alors tenus de lui offrir les garanties prévues dans le projet de décret.

L'article 17 du projet de décret acte la solidarité familiale : les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants. Les transferts familiaux correspondent à la somme des écarts entre les prestations versées au titre de la santé au bénéfice des ayants droits (enfants et conjoints) et les cotisations correspondantes. La solidarité familiale revient à demander une cotisation moindre au titre des ayants droits.

L'article 18 du projet de décret prévoit les contraintes que doit respecter le tarif selon qu'il soit relatif au risque santé ou à la prévoyance.

L'article 19 du projet de décret est relatif à l'adaptabilité des tarifs pendant la durée de la convention. Il cite les cas dans lesquels le tarif pourrait évoluer (aggravation significative de la

sinistralité, augmentation importante ou diminution importante du niveau de l'aide, évolutions démographiques substantielles, ou modifications réglementaires majeures).

L'article 20 du projet de décret prévoit les principes que doivent respecter la fixation des cotisations. Elles ne doivent pas être fixées en fonction de l'état de santé. En outre, les garanties doivent respecter le parcours solidaire.

L'article 21 du projet de décret prévoit que les retraités bénéficient des mêmes garanties que les actifs, en ce qui concerne le risque santé.

Titre V : Contenu minimal des garanties de couverture complémentaire

Les articles 22, 23 et 24 du projet de décret définissent les garanties minimales à respecter par les opérateurs.

En matière de frais de santé, les remboursements des frais occasionnés doivent atteindre un minimum qui sera défini par arrêté.

En matière d'incapacité de travail, la garantie correspond à un minimum de revenus à hauteur de 75% du traitement indiciaire brut avec un maximum de 100% de la rémunération nette.

Pour la prévoyance longue (invalidité, décès), la garantie correspond au versement d'un capital avec au minimum 70% du traitement brut annuel en cas d'invalidité et de décès.

Titre VI : Dispositions transitoires

L'article 27 du projet de décret est destiné à préserver la situation spécifique de l'ANPE qui a institué un système de contrat collectif obligatoire. Cet article est destiné à préserver la situation spécifique d'un établissement public administratif, l'ANPE (l'agence nationale pour l'emploi).

A cet égard, il convient de noter que l'ANPE rentre dans le champ de la réforme et doit donc normalement se conformer aux contraintes du projet de décret et notamment du caractère facultatif.

Or, les agents de l'ANPE bénéficient d'un régime de prévoyance obligatoire. Pour la couverture de ces garanties (couverture perte de traitement, rente viagère), l'ANPE est assurée auprès d'une entreprise d'assurance par contrat souscrit à la suite d'un appel d'offre dans le cadre d'un marché public. Dans ce cas de figure, la problématique de l'existence d'une aide d'Etat est normalement sans objet.

Cet article vise donc à conserver ce dispositif. Il est circonscrit à ce cas précis. Les garanties maintenues sont celles en vigueur au moment de la date de publication du projet de décret.

Article 28 du projet de décret est une disposition transitoire comportant un élément très important : la dérogation pour les personnes qui sont actuellement affiliées à des organismes assureurs (soit mutualistes, soit des entreprises d'assurance) qui n'étaient pas encore labellisées solidaires (puisque le système n'existait pas) de pouvoir réintégrer le système solidaire, en dispense des surcotisations. Les agents, déjà en fonction, ont donc un droit à basculer dans les organismes qui seront désignés en ne se voyant pas affecter de surcotisation. Aucun avantage n'est ainsi donné, ni aux opérateurs mutualistes historiques, ni aux agents qui avaient fait le choix de ces opérateurs.

La majoration tarifaire s'applique aux agents qui n'ont pas un «parcours solidaire» continu. Ces pénalités ne peuvent cependant pas être appliquées la première année dans la mesure où il s'agit d'un dispositif totalement nouveau, ce qui impose que les agents soient tous considérés a priori de la même manière. Le calcul des majorations ne peut donc être valable qu'à partir de la seconde année de la première convention.

Dès lors, les majorations sont identiques dans tous les organismes de référence.

Ainsi, un agent qui adhère dès la première année au dispositif solidaire ne se verra pas appliquer de majoration tarifaire puisqu'il sera présumé avoir toujours bénéficié des garanties proposées par un organisme de référence : si, au cours de la convention ou d'une prochaine convention, il décide changer d'organisme de référence, il continuera de ne pas se voir appliquer de majoration tarifaire.

Tel est l'objet du présent décret que nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation.

APPLICATION DU DISPOSTIF

Plusieurs arrêtés seront nécessaires pour mettre en place ce dispositif, notamment concernant les coefficients de majoration tarifaire, la participation de l'employeur public, les critères de choix des organismes de référence…

Chaque ministère ou groupe de ministère devra lancer la mise en concurrence, sur la base de cahiers des charges types.

La CFTC attachée à la défense du mutualisme n'approuve pas ce dispositif. Nous veillerons à sa transparence, à l'amélioration des prestations et à la solidarité inter générationnelle.