



LES MUTUELLES LES SYNDICATS L'ÉTAT

DANS LA
PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE
DES AGENTS
DE L'ÉTAT

PAR LE CRAPS ET LA MAEE

SOUS LA DIRECTION DE LOUIS DOMINICI

**LES MUTUELLES
LES SYNDICATS
L'ÉTAT**

DANS LA
PROTECTION
SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE
DES AGENTS
DE L'ÉTAT

L'essai a été réalisé par des membres du Cercle de recherche et d'analyse sur la Protection sociale (CRAPS) et par des membres de la Mutuelle des affaires étrangères et européennes (MAEE). Le groupe de travail et de rédaction ainsi constitué a été présidé par l'ambassadeur ministre plénipotentiaire honoraire Louis Dominici, président de la MAEE.

© CRAPS 2021

ISBN : 978-2-492470-04-2

INTRODUCTION

En matière de Protection sociale complémentaire (PSC), quel est le rôle actuel et à venir des mutuelles santé et prévoyance de la Fonction publique d'État et celui des syndicats ? Et quelles peuvent être les relations entre ces mutuelles, ces syndicats et l'État, dans ce domaine ?

La question se pose en termes nouveaux, en raison des évolutions combinées de la construction européenne et des approches nationales. L'avenir humaniste de la Protection sociale complémentaire des agents de la Fonction publique d'État en dépend.

Les syndicats et les mutuelles ont longtemps avancé sur des voies parallèles, chacun se concentrant sur son métier particulier, régi par des Codes spécifiques.

Mais dans les vingt dernières années, l'histoire s'est compliquée. Les relations privilégiées des mutuelles avec l'État ont été mises en cause, au nom du principe européen de l'égalité devant la concurrence. Les changements ont porté sur plusieurs points essentiels : abolition progressive des exonérations de taxes sur les

cotisations mutualistes ; entrée en fiscalité des éventuels excédents annuels désormais dénommés bénéfiques ; fin des mises à disposition de personnels ; arrêt de la communication administrative aux organismes complémentaires des changements d'affectation des agents ; complication puis arrêt en conséquence du précompte administratif des cotisations sur le salaire des agents ; obligations de gestion et de « *reporting* » des mutuelles, progressivement alignées sur celles des compagnies d'assurances par transcription abusive du droit européen.

C'est précisément au nom du principe européen de concurrence, abusivement transposé en France, qu'a été instituée en 2007 la procédure de référencement, par laquelle l'État sélectionnait désormais par appels d'offres, le ou les organismes complémentaires auxquels il accordait une aide financière pour la couverture de ses agents. On venait ainsi dire aux agents, qui s'assuraient eux-mêmes réciproquement, à travers la mutuelle historique constituée et gérée par eux et pour eux, qu'on n'aiderait pas leur mutuelle si les offres d'un autre organisme correspondaient mieux aux attentes de l'employeur public, même si l'aide de celui-ci était minime. Heureusement, le non-référencement n'empêchant pas les agents de rester membres de leur mutuelle historique, ni le référencement de 2007 ni celui de 2016, n'ont provoqué de transferts significatifs d'adhérents. Les mutuelles historiques sont encore là, et leur présence dominante s'est continuée par la volonté des agents, dans le dispositif de référencement

qui va jusqu'au 31 décembre 2023 dans certains ministères, et jusqu'à mi 2024 pour d'autres.

Mais, le nouveau projet de réforme de l'aide de l'employeur public, qui pourrait s'appliquer à compter de 2024, est beaucoup plus dangereux pour la Mutualité et pour la fraternité qu'elle porte. C'est ce qui ressort du projet d'ordonnance qui devrait être soumis début mars 2021 au Conseil des ministres : il y est prévu - ce qui est heureux - que les aides soient augmentées de manière significative et soient attribuées directement aux agents ; mais il y est aussi prévu - ce qui n'est pas heureux - que chaque ministère puisse imposer à ses agents un contrat collectif à adhésion obligatoire, si les syndicats le demandaient par accord majoritaire.

Cette procédure permettrait de priver d'un seul coup la mutuelle historique d'un ministère de tous ses adhérents, alors qu'elle n'existe que par eux et pour eux, et donc de la faire disparaître. Il importe que les syndicats conviés à s'y prêter, s'y refusent catégoriquement en communauté d'esprit avec les mutualistes. Ils ne l'ont pas fait suffisamment lors du Conseil commun de la Fonction publique du 18 janvier 2021. Il est encore temps pour qu'ils le fassent.

Comment en est-on venu à la situation actuelle ? Que faut-il faire ? C'est pour réfléchir sur ces sujets que la Mutuelle des affaires étrangères et européennes (MAEE) anime, depuis plus d'un an, des groupes de travail. Le premier, réuni d'octobre à décembre 2019,

a produit un rapport à usage interne sur les relations entre mutuelles et syndicats. Le second, au premier trimestre 2020, a contribué à la rédaction de l'ouvrage intitulé *Qui veut tuer les Mutuelles ?*, édité fin mai 2020 par le Cercle de recherche et d'analyse sur la Protection sociale (CRAPS). Le troisième groupe de travail a réalisé la présente étude, finalisée en février 2021.

Elle comprend : une première partie historique ; une seconde partie relative à la problématique du référencement dans la Fonction publique d'État ; une troisième partie qui traite de la nécessité d'écarter la possibilité d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ; et une quatrième partie qui propose des réponses à la question « Que faire ? ». Il s'accompagne de plusieurs annexes.

PREMIÈRE PARTIE

**LA CONSTRUCTION DE LA
SOLIDARITÉ FRANÇAISE**

I.

Une histoire déjà ancienne

Syndicats et mutuelles : une origine presque commune, un développement séparé.

En remontant au Moyen Âge, on sait qu'il existait des sociétés que l'on définirait aujourd'hui, selon les cas, comme syndicales ou mutualistes. Sous l'Ancien Régime, de nombreuses associations, telles les confréries, les corporations et le compagnonnage assuraient la défense des intérêts professionnels et organisaient des activités solidaires, au travers de caisses de secours mutuels. Mais à l'époque, rien ne distinguait vraiment ces formes d'actions sociales, toutes engagées dans la construction d'une solidarité.

La Révolution française de 1789 mettra un coup d'arrêt momentané mais brutal à cette histoire, en considérant que la solidarité est la seule affaire de l'État. Ce sera la loi Le Chapelier et l'interdiction des associations professionnelles, ainsi que de tout ce qui pouvait ressembler à des syndicats.

Dès lors, la construction de la solidarité française va se faire dans la clandestinité ou, dans le meilleur des cas, bénéficier d'une tolérance de fait. Car le projet révolutionnaire de construction d'une assistance universelle restera lettre morte faute de crédits suffisants et ceux qui avaient malgré tout la volonté d'organiser la solidarité ont naturellement occupé l'espace laissé libre par l'État.

Ce pragmatisme va accompagner le développement de la solidarité française pendant près d'un siècle, jusqu'à la suppression du délit de coalition (loi Ollivier du 25 mai 1864), ce qui valait reconnaissance de fait du droit de grève, puis vingt ans plus tard la loi Waldeck-Rousseau du 21 mars 1884, qui reconnaît officiellement le syndicalisme. Le développement des syndicats est alors marqué de façon significative par le congrès constitutif de la Confédération générale du travail (CGT) à Limoges du 23 au 28 septembre 1895.

Peu après, la loi du 1^{er} avril 1898 établit la Charte de la Mutualité, qui accompagne une autre forme de solidarité.

À partir de cette époque, les chemins du syndicalisme et de la mutualité se séparent progressivement mais durablement, du fait de la différence de nature qui caractérise désormais leur action respective. Au syndicalisme, la défense des intérêts professionnels, des conditions de travail, des régimes de retraite et de la Protection sociale en général. À la mutualité, la couverture santé et la prévoyance.

La Mutualité devient même, sous l'impulsion de Napoléon III - et la volonté affirmée de la contrôler - une véritable institution, présente territorialement partout, dans chacune des communes de France. Cela provoque une certaine méfiance de la part des syndicats, qui voient alors dans cette organisation et ce développement sous l'aile du pouvoir impérial, puis sous l'œil bienveillant de la III^e République, une forme de notabilisation. C'est un fait que le syndicalisme, historiquement, s'est construit dans le conflit et le constant rapport de force avec le pouvoir, quel qu'il soit. La Mutualité lui est apparue comme un mouvement réformiste strictement attaché à ses actions d'entraide et insuffisamment intéressé par l'unité des luttes sociales, dogme du syndicalisme révolutionnaire de cette époque.

Point important, le syndicalisme, dans cette période, n'est toujours pas autorisé dans la Fonction publique, même si le Syndicat national des instituteurs (SNI) voit le jour en 1905. Son existence, non officielle, a été

rendue possible en utilisant le statut associatif d'une amicale au titre de la loi 1901.

La « parenthèse » du gouvernement de Vichy, favorable à la Mutualité et radicalement hostile au syndicalisme, augmentera encore un peu plus la distance qui sépare les deux pôles majeurs de la solidarité française.

II.

De l'après-guerre à nos jours : de l'action parallèle au droit d'intervention des syndicats dans la PSC

C'est au lendemain de la Seconde Guerre mondiale que le syndicalisme est officiellement installé dans la Fonction publique par l'ordonnance du 5 octobre 1946 instituant le statut général de la Fonction publique.

La Sécurité sociale vient d'être créée et le statut de la Mutualité précisé par l'ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la Mutualité (annexe 1).

La Mutualité voit alors clairement s'ouvrir le champ de la Protection sociale complémentaire (PSC), le terme « complémentaire » signifiant « complémentaire de la Sécurité sociale ».

La Mutualité de la Fonction publique d'État va s'y investir de façon forte et efficace et développer une culture « maison », administration par administration, en devenant experte reconnue des métiers, des filières et des risques professionnels.

À l'Éducation nationale, la MGEN, pionnière de la Mutualité moderne, donne dans ce domaine l'exemple de l'engagement fraternel et de la force. La Mutuelle des affaires étrangères et européennes, créée dès 1944, témoigne depuis lors d'une connaissance intime du milieu des relations internationales et des besoins des personnels et de leur famille dans toutes les circonstances de leur service actif, en France et à l'étranger, ainsi qu'à la retraite.

Si les mutuelles vont naturellement investir la Fonction publique, les syndicats vont, pour leur part, dans le secteur privé, créer pour les salariés des entreprises, les Institutions de prévoyance (IP), gérées paritairement avec le patronat (articles L.931 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Au fil du temps, le cadre juridique intéressant les mutuelles et les syndicats va se préciser et évoluer. Le Code de la mutualité (Décret n° 55-1070 du 5 août 1955), qui fera l'objet d'aménagements successifs (annexe 2), se distingue du Code des assurances, qui remonte à la loi du 13 juillet 1930 sur les assurances des véhicules terrestres à moteur (le Code des assurances

est formellement codifié par le décret n° 76-667 du 16 juillet 1976), et du Code de la sécurité sociale.

Vient ensuite, la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, dite loi Le Pors, qui institutionnalise et formalise une possibilité de contrôle indirect par les syndicats, de l'aide publique à la solidarité mutualiste. Il y est notamment dit dans son article 8 bis que les organisations de fonctionnaires ont qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives « à l'action sociale et à la Protection sociale complémentaire » (art. 8 bis, II, 4°). L'article 9 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires précise que cette participation syndicale se fait par « l'intermédiaire de leurs délégués siégeant dans les organismes consultatifs ».

Ce pouvoir, « de participer avec les autorités compétentes à des négociations relatives à l'action sociale et à la Protection sociale complémentaire », est à considérer de deux manières : soit il s'agit de venir en appui des mutuelles de la Fonction publique pour les soutenir et les conforter dans leur action, soit il s'agit d'influer sur leurs relations avec l'État, tant sur leur offre de service que sur le mode de participation financière de l'État.

Dans le premier cas, la liberté d'action des mutuelles, dont il faut rappeler qu'elles sont constituées et qu'elles existent par la seule adhésion de leurs membres, est respectée. Dans le second cas, il y a un risque d'intru-

sion dans la vie des mutuelles et une forme de remise en cause de leur autonomie. La ligne d'équilibre n'est pas simple à tenir. Il y faut de la bonne volonté de part et d'autre et une approche aussi loyale qu'impartiale de la part de l'État.

Au début des années 2000, la relation entre l'État et les mutuelles est marquée par la mise en cause de l'article R523-2 du Code de la mutualité, qui permettait à l'État d'accorder aux mutuelles constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux des subventions destinées notamment à développer leur action sociale et, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité et du ministre chargé des Finances, à participer à la couverture des risques santé prévoyance assurés par ces mutuelles.

C'est sous l'influence croisée des compagnies d'assurances et de la Commission européenne que ce dispositif a été mis en question. Il a été en effet considéré que l'article R523-2 précité, dont l'objectif était de permettre le soutien de l'action de la Mutualité française et de contribuer ainsi à la Protection sociale complémentaire des agents de l'État, créait une « rupture d'égalité » entre les mutuelles constituées exclusivement de fonctionnaires et celles qui acceptaient également des adhérents hors de la Fonction publique.

L'article R523-2 a été finalement invalidé par une décision du Conseil d'État du 26 septembre 2005,

statuant sur la requête présentée le 1^{er} décembre 2003 au secrétariat du contentieux du Conseil d'État, par la « Mutuelle générale des services publics » (annexe 3), jusqu'alors peu connue dans le monde mutualiste. Le Conseil d'État a annulé dans le même arrêt l'arrêté du 19 septembre de 1962 dit « arrêté Chazelle », qui précisait les modalités de subvention aux organismes de Protection sociale complémentaire.

Aux yeux de la Commission européenne, « la rupture d'égalité » ne résulte pas seulement de la préférence donnée aux mutuelles exclusivement composées d'agents de l'État, mais également du fait qu'il s'agit d'une aide d'État, qui serait contraire au principe de la libre concurrence à l'échelle de l'Europe.

Il y avait pourtant justement là une occasion de maintenir les aides d'État à la Mutualité en s'appuyant sur l'article 107 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, qui considère comme étant compatibles avec la libre concurrence les aides allouées par les États à des fins sociales, dès lors qu'elles sont versées directement « ... aux consommateurs individuels, à condition qu'elles soient accordées sans discrimination liée à l'origine des produits ».

Mais s'agissant de la Fonction publique d'État, au lieu de saisir la possibilité de verser directement l'aide aux agents, le gouvernement de l'époque a choisi de continuer à attribuer son aide aux organismes de Protection sociale : il s'est trouvé de ce fait « obligé », par les

règles européennes sur la concurrence, de sélectionner par appel d'offres le ou les organismes auxquels il apporterait une contribution financière. Ce mécanisme qui a pour effet négatif de mettre en question à la fois la spécificité et la présence dans les ministères, des mutuelles historiques de la Fonction publique d'État créées et gérées par les agents eux-mêmes, est décrit dans la deuxième partie du présent rapport, intitulée « La problématique du référencement ».

Dans cette période, la progressive mise en cause de la situation des mutuelles et l'affaiblissement de leurs soutiens publics se produisent en même temps que se renforce, du moins dans les textes juridiques, la position des syndicats dans le dialogue social au sein des ministères. C'est ainsi que commence à apparaître un rapport nouveau, où il est certes possible que syndicats et mutuelles poursuivent leurs chemins parallèles en amis, mais où il est possible aussi que les syndicats interviennent davantage dans la relation du ministère avec la mutuelle historique.

Il est donc essentiel que ce rapport nouveau ait des conséquences positives pour la Mutualité en général, qui est sœur du syndicalisme, et pour les mutuelles de la Fonction publique d'État, qui sont l'exemple le plus fort de la réussite de la protection complémentaire santé et prévoyance entre les agents d'une même administration ministérielle.

DEUXIÈME PARTIE

LA PROBLÉMATIQUE DU RÉFÉRENCEMENT

I.

**Le principe actuel du référencement et
des appels d'offres**

Le dispositif dit de « référencement » des organismes de Protection sociale complémentaire (PSC) dans la Fonction publique de l'État a été créé en application de l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 (dite loi Le Pors) portant droits et obligations des fonctionnaires. Il est mis en place par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 (annexe 4) relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels.

La procédure de référencement consiste en la mise en concurrence des organismes de PSC par l'employeur public, dans l'objectif de procurer à ses personnels une

couverture complémentaire mettant en œuvre des mécanismes de solidarité familiaux et intergénérationnels.

Le nouveau dispositif maintient le principe d'une aide financière de l'État, sous la forme d'une contribution financière versée, non pas personnellement aux agents de l'État, mais aux organismes de Protection sociale complémentaire qui auront été référencés sur la base de procédures d'appels d'offres. Cette aide est décidée par chaque ministère mais elle ne peut dépasser le montant des transferts de solidarité réalisés par l'organisme référencé. En réalité, la contribution financière des ministères n'a jamais égalé le montant des transferts de solidarité et en est même restée fort éloignée, alors même qu'elle servait de justification au procédé des appels d'offres.

II.

La première vague de référencement (2008) et la Cour des comptes

Lors de la première vague de référencement, entre fin 2007 et début 2008, les mutuelles historiques ont été choisies sans réelle surprise. Seul Groupama a réussi l'exploit d'emporter l'appel d'offres de l'Office national des forêts (ONF).

Le secteur assurantiel avait certes répondu aux appels d'offres au fur et à mesure que les ministères, conformément au nouveau dispositif, s'ouvraient à la concurrence, mais ses offres étaient peu adaptées et la pression politique en sa faveur était restée modérée.

Un courant critique a pris forme, nourrissant l'idée qu'il faudrait faire autrement au référencement suivant, prévu pour 2016/2017.

Dans les années qui ont suivi, la Cour des comptes, dans sa mission générale d'évaluation et de contrôle, a examiné l'ensemble du processus de référencement. Dans la lettre (annexe 5), qu'il a adressée le 21 février 2012 à plusieurs ministres, le premier président de la Cour des comptes indique en substance que le dispositif du référencement n'était pas satisfaisant. L'aide des ministères à la complémentaire santé de leurs agents restait faible, à tel point que l'on pouvait se demander s'il ne valait pas mieux qu'ils réorientent les crédits qu'ils y affectaient et les utilisent dans leur action sociale globale. De plus, il apparaissait que les procédures de référencement n'avaient pas suffisamment garanti les principes de transparence et d'égalité des candidats.

C'est dans ce contexte que le ministère de la Fonction publique a décidé de resserrer et contrôler davantage le deuxième référencement qui allait se jouer en fin 2016 et début 2017.

III.

La circulaire du 27 juin 2016

La circulaire du 27 juin 2016 de la Direction générale de la Fonction publique (annexe 6) est ainsi venue instruire les ministères sur la marche à suivre. Cette instruction, longue et détaillée - elle comporte sept annexes - encadre les opérations de référencement. L'annexe II, sur « l'aide à la définition du cahier des charges », apporte une disposition nouvelle : l'appel d'offres devrait, en effet, non seulement continuer à fixer des normes générales de solidarité, mais désormais décrire les prestations attendues. Il est précisé que les ministères devront exiger plusieurs niveaux de prestations, et en tout cas au moins trois. C'est là une autre manière d'introduire des pratiques plus proches des usages des compagnies d'assurances que

des traditions de liberté, d'égalité et de fraternité des mutuelles.

La circulaire prescrite aux ministères de remettre à la Direction générale de la Fonction publique et à la Direction de la Sécurité sociale, leur avis d'appel public à concurrence, leur cahier des charges et la convention de référencement signée.

Il est enfin prévu que les ministères pourront faire entrer les syndicats dans les comités de suivi du référencement.

IV.

La deuxième vague de référencement (2016)

« Référencements Fonction publique, la secousse », titrait l'Argus de l'assurance dans un article du 07-12-17. L'article poursuivait en soulignant que « La deuxième vague de référencements en santé et prévoyance au sein des ministères a remis en cause le quasi-monopole de fait des mutuelles historiques et secoué fortement la Mutualité Fonction publique ».

Dans le même article, un exemple était particulièrement significatif de la rudesse de la secousse : « L'Éducation nationale, ministère comptant le plus d'agents et de retraités, n'a de son côté pas uniquement référencé la MGEN ». « C'est pour nous une incompréhension », soulignait son nouveau président Roland Berthilier peu de temps après l'annonce du résultat. Ont été égale-

ment retenus Intérieure avec Axa et... CNP Assurances, réassureur historique de la mutuelle des enseignants ».

Au ministère de la Justice, la Mutuelle du ministère de la justice (MMJ) n'a pas été référencée. C'est au contraire une mutuelle venant du ministère de l'Intérieur et appuyée sur la compagnie d'assurances Axa qui a été retenue. Heureusement, le non-référencement signifiant seulement l'absence d'aide financière, la MMJ a conservé la quasi-totalité de ses adhérents, fidèles à eux-mêmes à travers leur mutuelle historique.

Deux mutuelles seulement ont été référencées seules dans leurs ministères respectifs : la Mutuelle générale de l'économie et des finances et de l'industrie (MGEFI) au ministère de l'Économie et des Finances, et la Mutuelle des affaires étrangères et européennes (MAEE) au ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Elles l'ont dû, certes, à la qualité du service rendu et de leur symbiose avec leurs adhérents, mais elles l'ont dû aussi à la lucidité et à l'esprit de justice des autorités de ces deux ministères, qui, malgré les pressions extérieures, ont eu le courage de défendre l'esprit mutualiste.

V.

La question de la définition des prestations

Sous le prétexte du référencement, les prestations, désormais prescrites par les ministères, plus précisément par les cabinets conseil qu'ils ont engagés, tendent à être formatées dans l'appel d'offres, sur des modèles dans lesquels entrent les usages du secteur commercial assurantiel. Or, les logiques ne sont pas les mêmes, et on ne voit d'ailleurs pas comment la logique mutualiste pourrait être comparée à la logique des entreprises du secteur des assurances.

La définition par l'État employeur des prestations santé ou prévoyance servies aux agents de l'État a introduit une modification substantielle d'une extrême gravité, dans la relation entre l'État et les mutuelles, et par voie de conséquence, dans la vie des mutuelles de la

Fonction publique d'État. En effet, l'État employeur, en agissant de la sorte, a fait comme si les mutuelles étaient de simples prestataires de services, appelées à répondre à un appel d'offres sur la seule question des prix. Il y avait là une forme de négation de la nature des mutuelles, qui est de rassembler les agents qui les constituent et les gèrent pour s'assurer eux-mêmes réciproquement. Il y avait là aussi une atteinte fondamentale aux libertés mutualistes, par lesquelles les agents de l'État, agissant précisément en tant que mutualistes, définissent eux-mêmes, dans leurs assemblées générales, les prestations qui leur conviennent, en même temps que les cotisations qu'ils veulent apporter pour les financer. Cette liberté inscrite dans le Code de la mutualité, ne doit pas être enlevée aux mutualistes et aux mutuelles qu'ils constituent.

VI.

La problématique ambiguë de l'aide financière à la complémentaire santé des agents de l'État

Dans le système du référencement inventé en 2007, l'aide financière de l'État aux organismes de Protection sociale retenus et référencés est déterminée par chaque ministère : elle va traditionnellement selon les ministères de 0,5 % à 4,5 % du montant des cotisations. Elle constitue jusqu'à présent un apport marginal pour les mutuelles.

Il n'en reste pas moins que le fait que cette aide soit versée aux organismes complémentaires a permis à la Commission européenne d'exiger que le référencement se fasse par appel d'offres. Il aurait été possible d'éviter cette procédure d'appel d'offres, en choisissant de verser les aides directement aux agents. Mais on ne l'a pas fait. Les référencements de 2007/2008 puis

de 2016 ont été décidés sur appel d'offres avec des exigences croissantes et dans un contexte politique peu favorable aux mutuelles de la Fonction publique. Depuis 2007, l'aide financière de l'État a ainsi apporté aux mutuelles de la Fonction publique d'État plus d'inconvénients que d'avantages.

S'agissant du montant des aides financières, les mutuelles ont, dans cette période, hésité à demander davantage, parce qu'elles ont ressenti que les aides publiques devenaient paradoxalement un moyen de mettre en cause les principes et les valeurs mutualistes et d'une certaine manière l'existence des mutuelles, créées et gérées par les agents eux-mêmes. Mais les syndicats ont inclus dans leurs revendications générales sur les salaires et l'accompagnement social, une augmentation forte des aides publiques à la complémentaire santé, sans trop aborder la question des précautions à prendre pour l'avenir de la Mutualité.

Le ministère de la Fonction publique a indiqué, entre fin 2020 et début 2021, qu'il préparait une réforme mettant fin au référencement à l'issue des conventions en cours, et qu'il était disposé à augmenter les aides à la complémentaire santé afin de les porter progressivement à au moins 50 % du montant des cotisations. Il a précisé, à la satisfaction des mutuelles, que cette aide pourrait être versée directement aux agents, à la manière de la prime de transport. Le monde mutualiste a apprécié ces annonces et espéré qu'elles signifiaient

un changement positif de l'attitude globale des pouvoirs publics à son égard.

Mais la suite a posé problème.

TROISIÈME PARTIE

**LA SOUDAINEMENT MENACE DU
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION
OBLIGATOIRE**

En annonçant une possible augmentation de l'aide et son versement direct aux agents, le ministère de la Fonction publique a ajouté que ces mêmes agents pourraient être contraints d'entrer dans un contrat collectif à adhésion obligatoire, si les syndicats le demandaient par accord majoritaire.

C'est un projet qui est directement inspiré du dispositif mis en place dans le secteur privé par l'Accord national interprofessionnel (ANI). Or, l'emploi dans la Fonction publique n'est pas l'emploi dans le secteur privé. La protection complémentaire santé et prévoyance de la Fonction publique d'État a été construite de manière spécifique à raison d'une mutuelle par ministère. Ces mutuelles appartiennent aux agents qui les constituent et les gèrent. Il serait aussi antidémocratique qu'anti-social de venir dire à ces agents que par le jeu d'un appel d'offres, dont on connaît les multiples aléas, ils devraient se soumettre au risque de devoir abandonner leur œuvre de fraternité, pour rejoindre de force un prestataire extérieur.

Les mutuelles de la Fonction publique d'État, qui sont évidemment favorables à l'augmentation de l'aide à la complémentaire santé et à son versement direct aux agents ont, pour la plupart, manifesté leur surprise et leur mécontentement de voir réapparaître un mécanisme de sélection, qui les met en question comme l'a fait celui du référencement, mais qui va beaucoup plus loin dans ce sens : il les jette en effet, cette fois-ci, au risque de disparaître, dans le cas où le contrat collectif à adhésion obligatoire que leur ministère imposerait après avis favorable des syndicats, ne serait pas attribué à la mutuelle historique, alors même qu'elle est entièrement dédiée à ce ministère et à ses agents.

Il est clair que les mutuelles de la Fonction publique d'État, sauf inexplicable exception, ne peuvent qu'être opposées à toute hypothèse de contrat collectif à adhésion obligatoire et à tout appel d'offres s'y rattachant.

Certains syndicats voient les choses à la manière des mutuelles. D'autres, au contraire, soutiennent l'actuel projet de l'administration. Certains hésitent encore. Dans la mesure où les majorités syndicales s'établiront ministère par ministère, l'incertitude est grande pour les mutualistes et leur mutuelle dans chaque ministère.

La réflexion des syndicats sur ce sujet peut être compliquée par le fait qu'étant eux-mêmes fondateurs et gestionnaires d'Institutions de prévoyance, ils peuvent être tentés d'avancer les pions des Institutions de prévoyance dans la Fonction publique d'État, où elles

ne sont pas. Une telle avancée serait cependant juridiquement difficile dans la Fonction publique puisqu'il ne serait pas possible d'y mettre en œuvre le mode de gestion paritaire entre syndicats et patronat, prévu par le Code de la sécurité sociale dans le secteur privé.

C'est ici l'occasion de rappeler que les Institutions de prévoyance et les mutuelles, institutions parentes en esprit et les unes et les autres estimables par leur engagement de solidarité sans but lucratif, sont néanmoins différentes en droit comme en pratique, tant par leur histoire que par leur vocation.

Les Institutions de prévoyance (annexe 7), régies par, le Code de la sécurité sociale, ont pour adhérents les employeurs privés, qui les gèrent paritairement avec les syndicats de salariés dont relève l'institution de prévoyance.

Les mutuelles de la Fonction publique d'État, régies de leur côté par le Code de la mutualité, ont pour adhérents les agents de l'État du ministère où elles sont implantées. C'est en toute liberté que ces mutualistes ont adhéré à la mutuelle, y demeurent, et la gèrent eux-mêmes et pour eux-mêmes. Ils le font à égalité de pouvoir, chacun disposant d'une voix, selon la règle « une personne, une voix ». Ensemble, ils ont mission historique de définir les prestations qui leur paraissent souhaitables et possibles et de fixer les cotisations qu'ils entendent apporter en conséquence. Animés par l'esprit de fraternité, ils prennent en compte, dans toute

la mesure de leurs moyens, les situations de détresse exceptionnelle. Les agents mutualistes conjuguent ainsi naturellement leur dévouement au service public et leur fidélité à leur mutuelle.

Il est d'intérêt commun pour les mutuelles de la Fonction publique d'État d'une part, et pour les Institutions de prévoyance d'autre part, de continuer à faire ce qu'elles savent si bien faire dans leurs champs professionnels respectifs.

Cela étant, il est possible qu'une mutuelle puisse avoir besoin du concours d'une Institution de prévoyance pour renforcer ou développer son action sur des points particuliers. Il est possible aussi qu'une Institution de prévoyance ait besoin d'un appui mutualiste dans telle ou telle circonstance de son activité. Ce sont là des hypothèses positives, auxquelles on peut répondre utilement au cas par cas.

QUATRIÈME PARTIE

QUE FAIRE ?

I.

Mesurer le danger et dialoguer

La Mutualité est artificiellement soumise à un grand danger. Parce que la Commission européenne ne l'a pas reconnue dans son identité et l'a jetée dans le champ de la concurrence, sans tenir compte du fait qu'elle est d'abord œuvre de fraternité non lucrative. Parce que les gouvernements ont laissé faire, constatant que la Mutualité avait peu de place et donc peu d'alliés dans les autres pays de l'Union européenne, à l'exception du Portugal et de la Belgique. Parce que, sans doute, la pression des compagnies d'assurances a été plus forte que la défense de la Mutualité. Parce que certains syndicats n'ont pas compris plus tôt que ne pas défendre activement les mutuelles revenait à les abandonner, et par voie de conséquence à affaiblir le front social. C'est dans ce contexte qu'on a soumis ou

tenté de soumettre progressivement l'activité mutualiste aux règles du monde assurantiel, où la « relation client » remplace la relation mutualiste, et que les réformes des vingt dernières années sont allées contre l'esprit mutualiste.

Les mutuelles de la Fonction publique d'État, au premier rang du monde mutualiste de la Fonction publique, par ancienneté et le nombre considérable de leurs adhérents, ont été les premières visées - il n'y a pas d'autres mots - par la mise en place du référencement. La perspective aujourd'hui de l'imposition possible d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, dans chaque ministère, les met anormalement au risque plus grave encore d'être privées de force de leurs adhérents, au profit d'un prestataire extérieur que la puissance publique retiendrait.

Les partisans, de cette nouvelle règle, qui bien entendu ne sont pas mutualistes, la défendent en prétendant que si les mutuelles historiques sont aussi excellentes qu'on le dit, elles feront la meilleure offre et gagneront.

Or, chacun sait que les appels d'offres ne fonctionnent pas aussi simplement. On l'a vu, notamment, à l'occasion de la seconde vague de référencement en 2016. En effet, les appels d'offres décrivaient dans le détail les prestations attendues, en ne laissant aux organismes complémentaires consultés que la liberté de proposer des tarifs, sans tenir compte du fait que la vie mutualiste consiste au contraire pour les agents mutualistes

à définir eux-mêmes leurs prestations et à décider en conséquence des cotisations qu'ils entendent apporter pour les financer. Plus grave encore, on a vu que certains organismes extérieurs, loin de s'en tenir comme les mutuelles historiques à la vérité des coûts, faisaient des offres de dumping, en expliquant que leur taille leur permettait des tarifs inférieurs à ceux des mutuelles, alors qu'en réalité ces tarifs étaient intenable et ne pourraient manquer d'être révisés quand les mutuelles auraient disparu et que les nouveaux venus viendraient à être seuls maîtres du terrain.

Les mutualistes doivent en conclure, non seulement, que le référencement sur appel d'offres doit bien disparaître au terme juridique des conventions en cours (du 31 décembre 2023 à courant 2024), mais que l'on doit tout faire pour éviter la formule mortifère du contrat collectif à adhésion obligatoire.

La bonne solution, chacun en réalité le sait bien, consisterait pour l'État à verser directement aux agents en activité et aussi à ses retraités, l'aide qu'il leur attribue ou attribuera, en leur laissant la liberté de choisir leur complémentaire santé parmi des contrats et règlements labellisés à un niveau de base et que bien entendu les mutuelles sauront fournir et bonifier. Encore faut-il tenter à nouveau d'en convaincre le gouvernement, à commencer par le ministère de la Fonction publique. Encore faut-il rechercher plus activement l'appui des syndicats dans ce sens. Chacun doit y travailler.

II.

Pour un nouveau dialogue avec les syndicats

Les mutuelles de la Fonction publique d'État peuvent reprendre l'initiative, afin de faire reconnaître que leur identité, leur spécificité dans l'action, leurs valeurs, justifient autant que par le passé antérieur un traitement positif.

Les travaux menés dans cet esprit par la « Mutualité Fonction publique » (MFP) avec les fédérations syndicales ont donné lieu le 7 février 2020 à une déclaration unitaire (annexe 8), qui marque une avancée significative pour la défense partagée de l'esprit mutualiste.

Elle revendique une participation financière publique « significative et suffisamment incitative pour promouvoir les règlements organisant un haut niveau de

solidarité ». Elle revendique aussi « une couverture globale intégrant la prise en charge des risques courts et des risques longs, en complément des garanties statutaires et concernant les frais de santé, l'incapacité temporaire de travail, l'invalidité, le décès et la perte d'autonomie ».

Mais cette déclaration unitaire ne va pas assez loin pour permettre l'essentiel, que d'ailleurs elle ne demande pas assez fort pour être entendue : la combinaison de l'aide directe aux agents, avec la liberté pour ces agents de choisir leur complémentaire santé, et donc pour ceux qui le veulent, la liberté de continuer à faire vivre leur mutuelle dans leur ministère, où elle est si précieuse et si appréciée. Il doit être clair qu'il s'agit là non pas d'une demande parmi d'autres mais d'une revendication centrale.

Un nouveau dialogue avec les syndicats est donc nécessaire, respectivement et séparément, pour les mutuelles de la Fonction publique d'État, pour les mutuelles de la Fonction publique territoriale et pour les mutuelles de la Fonction publique hospitalière.

Pour la Fonction publique d'État, ce dialogue devrait être conduit directement, sans intermédiaires, par les mutuelles historiques des ministères, qui pourraient se rassembler librement et envoyer leurs présidents ensemble à la rencontre des fédérations syndicales, approchées une par une dans un premier temps. Ce dialogue pourrait être prolongé par chaque mutuelle

dans le ministère où elle est historiquement implantée, où elle rechercherait l'appui des syndicats siégeant dans les instances consultatives ministérielles.

Au-delà des préoccupations immédiates, un tel dialogue est d'autant plus nécessaire qu'il correspond aux intérêts communs des syndicats et des mutuelles à moyen et long terme, les uns et les autres engagés dans la solidarité sans but lucratif, pour une société à la fois plus attachée à la fraternité et à l'égalité et plus respectueuse des libertés. Les Institutions de prévoyance portées paritairement par les syndicats dans les entreprises, ainsi que les mutuelles dans la Fonction publique notamment, auront de plus en plus à faire face aux idéologies de la concurrence capitaliste. Déjà, on a tenté d'affaiblir l'engagement citoyen des mutualistes. Déjà, on a tenté de diviser.

Également menacées, mais également capables de résister et de construire ensemble, les Institutions de prévoyance voulues par les syndicats et les mutuelles directement portées par les agents ont aujourd'hui l'occasion de faire progresser la cause sociale en s'entraidant, afin de pouvoir mieux faire face dans leurs champs d'action respectifs.

III.

Pour un dialogue de plein exercice avec le ministère de la Fonction publique

Il y a urgence pour les mutuelles de la Fonction publique d'État à établir avec le gouvernement et en particulier avec le ministère de la Fonction publique et le ministère des Finances, un dialogue direct et de plein exercice.

En effet, depuis de trop nombreuses années, tout se passe comme si la question de l'aide à la complémentaire santé des agents de l'État relevait seulement des négociations entre l'État et les syndicats et non pas d'un dialogue avec les mutuelles elles-mêmes, à qui pourtant la Protection sociale complémentaire des agents de l'État a été confiée il y a plus de 75 ans, dans le grand élan social de la Libération.

Cette distanciation politique anormale de l'État à l'égard des mutuelles ne correspond en rien à la réalité de la complémentaire santé dans la Fonction publique d'État qui est précisément portée par les mutuelles. On en arrive ainsi à une situation formellement contraire à la démocratie, puisqu'aux termes mêmes du Code de la mutualité, les mutualistes sont représentés par les élus mutualistes - délégués aux assemblées générales et membres des conseils d'administration - et non par les syndicats.

On a pu aussi, du côté de l'administration, faire comme si dans « les négociations », les mutuelles pouvaient être représentées seulement par les fédérations.

Mais si ces fédérations - qui d'ailleurs ne sont pas spécifiques aux mutuelles de la Fonction publique d'État - ont été entendues, elles n'ont pas été assises en permanence à la table de négociation de l'État, et en tout cas non placées au premier rang qui aurait dû être le leur.

En tout cas, nul ne peut ignorer que lorsque les négociations deviennent précises et opérationnelles, elles doivent avoir lieu précisément avec les groupes de mutuelles concernées, c'est-à-dire soit avec les mutuelles de la Fonction publique d'État, soit avec les mutuelles de la Fonction publique territoriale, soit avec les mutuelles de la Fonction publique hospitalière.

S'agissant des mutuelles de la Fonction publique d'État, il y a eu tout au plus contact épisodique entre le ministère de la Fonction publique et une ou deux d'entre elles. Mais jamais les présidents des mutuelles de la Fonction publique d'État n'ont été invités ensemble, comme il aurait fallu, au ministère de la Fonction publique, à participer à un groupe de travail spécifique, que l'on aurait chargé de préparer en confiance un projet de réforme consensuel.

Il n'est pas trop tard pour le faire, même si le projet d'ordonnance en cours est réputé avoir déjà reçu, le 18 janvier 2021, un avis favorable du Conseil commun de la Fonction publique. Mais, il est indispensable de le faire d'urgence, avant que l'ordonnance prenne forme définitive au gouvernement et intervienne, hors de toute attente de la base mutualiste.

Le communiqué de presse du 2 février 2021 de la Mutualité Fonction publique (MFP) (annexe 9) montre que le débat n'est pas clos et que les mutualistes souhaitent effectivement des aménagements du texte. On peut naturellement souhaiter que la MFP exprime jusqu'au bout une opposition catégorique à l'hypothèse stratégique de l'imposition dans les ministères d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, dont les conséquences seraient aussi extraordinaires qu'inadmissibles.

IV.

Les objectifs prioritaires

Il faut être clair, et affirmer les priorités, sans se perdre dans des débats particuliers.

- L'objectif fondamental pour les mutuelles de la Fonction publique d'État est d'obtenir la confirmation de la reconnaissance de leur rôle historique et la possibilité normale de poursuivre la mission que les mutualistes leur confient dans chaque ministère, pour leur couverture complémentaire santé et prévoyance.
- L'objectif opérationnel est que l'aide de l'État à la complémentaire santé de ses agents soit versée directement aux agents, demeurant libres de choisir leur complémentaire santé et prévoyance. Cette liberté de choix implique, il faut le répéter, qu'il n'y ait plus de

sélection par appel d'offres et a fortiori qu'il n'y ait pas demain de contrat collectif à adhésion obligatoire dans les ministères.

- Les agents de l'État étant ainsi aidés financièrement pour leur couverture santé et restant libres d'adhérer à l'organisme complémentaire de leur choix, la seule condition que l'on pourrait envisager consisterait à exiger que ces agents choisissent parmi les règlements ou contrats fournissant au minimum une couverture socle répondant aux règles de base de la solidarité. Ces contrats ou règlements, que l'on pourrait d'ailleurs trouver non seulement auprès des mutuelles constituées par les agents, mais dans les compagnies d'assurances ainsi que dans les Institutions de prévoyance en tant que prestataires de services, recevraient une « labellisation », à la manière de celle qui existe déjà dans le champ de la Fonction publique territoriale. Cette labellisation n'empêcherait pas les mutuelles d'apporter librement une couverture supérieure au socle minimum labellisé.
- Sur la question suivante qui est celles des garanties liées ou dites « en inclusion », le point 3 de la déclaration unitaire précitée mérite d'être lu de manière souple. Il est certes bon que les agents puissent demander et obtenir une couverture globale incluant avec les frais de santé, l'incapacité temporaire de travail, l'invalidité, le décès et la perte d'autonomie.

Mais une telle couverture globale pourrait ne pas intéresser bon nombre d'agents ou pourrait leur paraître trop chère même avec une aide de l'État, comparée à des offres du marché portant seulement sur la santé : il pourrait en résulter que des agents se détournent des mutuelles ou tout simplement de la couverture complémentaire. Ce serait aller à l'encontre du but recherché.

Il conviendrait donc de laisser ouverte la possibilité d'un contrat incluant en plus de la santé, soit un seul élément qui pourrait être l'incapacité temporaire de travail, soit deux éléments qui pourraient être l'incapacité de travail et le décès, tandis que les autres couvertures - invalidité et dépendance - seraient optionnelles.

- L'exigence de solidarité, consubstantielle à l'esprit mutualiste, resterait fondamentale : sa prise en compte dans la cotisation santé devrait nourrir, non seulement la solidarité familiale et la solidarité intergénérationnelle déjà inscrites jusqu'à présent dans les textes, mais aussi la solidarité indiciaire qui n'a pas encore été retenue par l'État dans le calcul des transferts de solidarité mais qui devrait l'être. La solidarité indiciaire, qui signifie que les agents bénéficiant des mêmes prestations, acquittent en raison de leur indice des cotisations proportionnelles à leurs revenus, est un des marqueurs les plus clairs de l'existence et de l'importance des transferts de solidarité traditionnellement réalisés dans la Mutualité de la Fonction publique.

CONCLUSION

Dans l'histoire de la Mutualité, le large soutien moral et aussi matériel qu'elle a reçu des pouvoirs publics en France, dans la deuxième moitié du XIX^e siècle et pendant tout le XX^e siècle, notamment au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, contraste avec le changement d'attitude intervenu en France au cours des vingt dernières années, sous l'emprise du dogme européen de la concurrence, où l'on est allé jusqu'à « oublier » à Paris que l'on pouvait s'y soustraire en invoquant les besoins de la solidarité sociale, comme le permet l'article 107 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

La mise en concurrence pour justifier le référencement des organismes de Protection sociale complémentaire susceptibles d'être aidés, était abusive. Plus abusive encore était l'intention déclarée de référencer en quelque sorte, par principe, d'autres organismes que les mutuelles historiques, soit à côté de celles-ci soit tout simplement à leur place.

L'hypothèse surgie en 2021 d'un contrat collectif à adhésion obligatoire qui pourrait être imposé dans les

ministères est encore plus néfaste que la procédure de référencement, car elle peut déboucher cette fois-ci sur la disparition des mutuelles ministérielles historiques, à qui on enlèverait de force tous leurs adhérents, dans le cas où le contrat collectif à adhésion obligatoire dans leur ministère ne leur serait pas attribué.

Il est essentiel qu'une telle possibilité soit retirée.

Le gouvernement, entendant la requête dans ce sens des mutuelles et des millions qu'elles réunissent et représentent, a toute latitude juridique et politique pour leur donner satisfaction. Les syndicats, dont la parenté sociale et morale avec les mutuelles est grande, peuvent y aider en témoignant et en plaidant avec toute la force de persuasion qui est la leur.

Chacun sait bien aujourd'hui que la bonne réforme de l'aide à la complémentaire santé et prévoyance des agents de la Fonction publique d'État consisterait à prévoir :

- que l'État verse à ses agents, à compter de 2024, une aide personnelle à leur couverture complémentaire santé et prévoyance, sur leur salaire mensuel ou sur leur pension de retraite ;
- que ces mêmes agents puissent continuer à choisir librement leur complémentaire santé.

C'est bien le moyen pour l'État alors qu'il entend intervenir en faveur de la protection complémentaire santé et prévoyance de ces agents, de s'inscrire dans le droit fil des valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité de la République.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la Mutualité (extrait)

Le gouvernement provisoire de la République française,

Sur le rapport du ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

Vu la loi du 1^{er} avril 1898, ensemble les textes qui l'ont modifiée ;

Vu la loi du 3 février 1902 ;

Vu l'ordonnance du 3 juin 1943 portant institution du Comité français de la libération nationale, ensemble les ordonnances des 3 juin et 4 septembre 1944 ;

Le Conseil d'État entendu,

Ordonne :

TITRE I^{er} : Dispositions générales (Articles 1 à 32)

Chapitre I^{er} : Définition, composition et constitution des sociétés.

Article 1

Les sociétés mutualistes sont des groupements qui, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille,

une action de prévoyance, de solidarité ou d'entraide visant notamment :

1°) La prévention des risques sociaux et la réparation de leurs conséquences ;

2°) L'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance et de la famille ;

3°) Le développement moral, intellectuel et physique de leurs membres.

Article 2

Les associations ou groupements de toute nature qui font appel à des cotisations des membres participants, pour atteindre principalement un ou plusieurs des buts visés au paragraphe 1^{er} de l'article 1^{er}, doivent se placer sous le régime des sociétés mutualistes, prévu par la présente ordonnance.

Sont dispensées de cette obligation : a) les sociétés visées par le décret du 14 juin 1938 sur le contrôle et l'organisation de l'industrie des assurances ; b) les institutions visées aux articles 17 et 18 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale ; c) les institutions visées par le décret du 30 octobre 1935 sur les assurances sociales agricoles, pour les opérations effectuées au titre de ce décret.

Annexe n° 2 : Article L 111-1 du Code de la mutualité (texte intégral)

Article L111-1

Modifié par loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 - art. 169

I. - Les mutuelles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Elles sont gérées en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de leur activité.

Les mutuelles peuvent avoir pour objet :

1° De réaliser les opérations d'assurance suivantes :

- a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à

l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ;

c) Réaliser des opérations de protection juridique et d'assistance aux personnes ;

d) Couvrir le risque de perte de revenus lié au chômage ;

e) Apporter leur caution mutualiste aux engagements contractés par leurs membres participants en vue de l'acquisition, de la construction, de la location ou de l'amélioration de leur habitat ou de celui de leurs ayants droit ;

2° D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;

3° De mettre en œuvre une action sociale, de créer et exploiter des établissements ou services et de gérer des activités à caractère social, sanitaire, médico-social, sportif, culturel ou funéraire, et de réaliser des opérations de prévention ;

4° De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 160-17 et L. 611-3 du Code de la sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30, L. 741-23 et L. 742-3 du Code rural et de la pêche maritime et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le

compte de l'État ou d'autres collectivités publiques. Elles peuvent accepter les engagements mentionnés au 1° ci-dessus en réassurance. Elles peuvent également, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II pour la délivrance de ces engagements.

II. - Sous réserve des dispositions du III, une même mutuelle ne peut exercer à la fois une activité d'assurance définie au 1° ou aux deux derniers alinéas du I et une activité définie au 2° ou au 3° du I. En outre, une mutuelle exerçant une activité d'assurance ne peut contracter à la fois des engagements définis au b du 1° du I et des engagements définis aux c, d et e du 1° du I.

III. - Une mutuelle exerçant une activité d'assurance peut assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales dans la mesure où ces activités sont accessoires, et accessibles uniquement :

- à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;
- aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance, et

ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec ces souscripteurs.

**Annexe n° 3 : Décision du Conseil d'État du
26 septembre 2005 (texte intégral)**

Conseil d'État statuant au contentieux

N° 262282

Publié au recueil Lebon

1^{re} ET 6^e sous-sections réunies

Mme Hagelsteen, président, M. Luc Derepas, rapporteur, M. Devys, commissaire du gouvernement
SCP Delaporte, Briard, Trichet, avocats

Lecture du lundi 26 septembre 2005

République française
Au nom du peuple français

Texte intégral

Vu la requête, enregistrée le 1^{er} décembre 2003 au secrétariat du contentieux du Conseil d'État, présentée par la Mutuelle générale des services publics, dont le siège est ... ; la Mutuelle générale des services publics demande au Conseil d'État :

1°) d'annuler la décision implicite par laquelle le Premier ministre a rejeté sa demande tendant à l'abro-

gation de l'article R. 5232 du Code de la mutualité (ancien) ;

2°) d'annuler les décisions implicites par lesquelles le ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et le ministre de la Santé ont rejeté sa demande tendant à l'abrogation de l'arrêté du 19 septembre 1962 du ministre du Travail et du ministre des Finances et des Affaires économiques ;

3°) d'enjoindre au Premier ministre, au ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et au ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées d'abroger ces dispositions, dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision du Conseil d'État et sous astreinte de 1 000 euros par jour de retard ;

4°) de mettre à la charge de l'État la somme de 3 000 euros au titre de l'article L. 7611 du Code de justice administrative ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le traité instituant la Communauté européenne ;

Vu la directive n° 92/49 CEE du 18 juin 1992 ;

Vu la directive n° 92/96 CEE du 10 novembre 1992 ;

Vu le Code de la mutualité (ancien) ;

Vu le Code de la mutualité ;

Vu le Code de justice administrative ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M. Luc Derepas, maître des requêtes,
- les observations de la SCP Delaporte, Briard, Trichet, avocats de la Mutualité Fonction publique,
- les conclusions de M. Christophe Devys, commissaire du gouvernement ;

Sur de l'intervention de la Mutualité Fonction publique :

Considérant que la Mutualité Fonction publique a intérêt au maintien des dispositions litigieuses ; que son intervention en défense est, par suite, recevable.

Sur les conclusions à fin d'annulation :

Considérant que l'autorité compétente, saisie d'une demande tendant à l'abrogation d'un règlement illégal, est tenue d'y déférer, soit que ce règlement ait été illégal dès la date de sa signature, soit que l'illégalité résulte de circonstances de droit ou de fait postérieures à cette date ;

Considérant qu'aux termes de l'article R. 523-2 du Code de la mutualité (ancien) : « L'État peut accorder

aux mutuelles constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux des subventions destinées notamment à développer leur action sociale et, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité et du ministre chargé des finances, à participer à la couverture des risques sociaux assurée par ces mutuelles » ; que par un arrêté du 19 septembre 1962, le ministre du Travail et le ministre des Finances et des Affaires économiques ont défini les modalités de la participation de l'État à cette couverture ;

Considérant que ces dispositions ont pour objet de permettre à l'État, agissant en tant qu'employeur, de participer au financement d'avantages destinés à ses agents et à ceux des établissements publics nationaux ; qu'elles ont toutefois pour effet de réserver l'attribution des subventions qu'elles prévoient aux mutuelles exclusivement constituées de fonctionnaires et d'agents de l'État et de ses établissements publics, à l'exclusion des mutuelles accueillant également d'autres catégories d'adhérents ; que la Mutuelle générale des services publics, qui rassemble non seulement des agents de l'État mais aussi d'autres collectivités publiques et d'organismes de droit privé chargés d'une mission de service public, est exclue du bénéfice de ces dispositions et justifie, par suite, d'un intérêt lui donnant qualité pour les contester ;

Considérant que la Mutuelle générale des services publics fait valoir que les dispositions attaquées

créent entre différentes catégories de mutuelles une différence de traitement contraire au principe d'égalité devant le service public ;

Considérant, en effet, qu'au regard de l'objet de ces dispositions, les fonctionnaires et contractuels de l'État et des établissements publics nationaux qui sont affiliés à une mutuelle accueillant d'autres catégories d'adhérents sont placés dans la même situation que les adhérents d'une mutuelle constituée exclusivement d'agents de l'État et de ses établissements publics ; que, de même, les mutuelles dont une partie des adhérents sont des agents de l'État ou d'un établissement public national sont, pour la partie de leur activité bénéficiant à ces agents, placés dans la même situation que les mutuelles bénéficiaires des dispositions litigieuses ; qu'ainsi, les dispositions contestées ont pour effet de créer une différence de traitement entre des personnes et des organismes placés dans la même situation ; que l'administration n'invoque aucun motif d'intérêt général de nature à justifier cette différence ; qu'il suit de là que ces dispositions sont illégales ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requête, la Mutuelle générale des services publics est fondée à demander l'annulation des décisions par lesquelles, d'une part, le Premier ministre a refusé d'abroger l'article R. 523-2 du Code de la mutualité (ancien), et, d'autre part, le ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et le ministre de la Santé,

de la Famille et des Personnes handicapées ont refusé d'abroger l'arrêté du 19 septembre 1962 ;

Sur les conclusions à fin d'injonction et d'astreinte :

Considérant qu'aux termes de l'article L. 9111 du Code de justice administrative : « Lorsque sa décision implique nécessairement qu'une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public prenne une mesure d'exécution dans un sens déterminé, la juridiction, saisie de conclusions en ce sens, prescrit, par la même décision, cette mesure assortie, le cas échéant, d'un délai d'exécution » ; que l'article L. 9113 du même code dispose que : « Saisie de conclusions en ce sens, la juridiction peut assortir, dans la même décision, l'injonction prescrite en application des articles L. 9111 et L. 9112 d'une astreinte qu'elle prononce dans les conditions prévues au présent livre et dont elle fixe la date d'effet » ;

Considérant qu'il résulte de l'annulation prononcée par la présente décision que les autorités compétentes sont tenues d'abroger les dispositions de l'article R. 5232 du Code de la mutualité (ancien) et celles de l'arrêté du 19 septembre 1962 ; qu'il y a lieu, pour le Conseil d'État, d'ordonner que cette mesure soit prise dans un délai de six mois ; que compte tenu des circonstances de l'espèce, il n'y a pas lieu d'assortir cette injonction d'une astreinte ;

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L. 7611 du Code de justice administrative.

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de faire application de ces dispositions et de mettre à la charge de l'État la somme de 3 000 euros que la Mutuelle générale des services publics demande au titre des frais exposés par elle et non compris dans les dépens ;

Décide :

Article 1^{er} : L'intervention de la Mutualité Fonction publique est admise.

Article 2 : La décision par laquelle le Premier ministre a refusé d'abroger l'article R. 523-2 du Code de la mutualité (ancien) et les décisions par lesquelles le ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et le ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées ont refusé d'abroger l'arrêté du 19 septembre 1962, sont annulées.

Article 3 : Il est enjoint au Premier ministre, au ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et au ministre de la Santé et des Solidarités d'abroger les dispositions mentionnées à l'article 2, dans un délai de six mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 4 : L'État versera 3 000 euros à la Mutuelle générale des services publics en application de l'article L. 761-1 du Code de justice administrative.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à la Mutuelle générale des services publics, à la Mutualité Fonction publique, au Premier ministre, au ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et au ministre de la Santé et des Solidarités.

Analyse

Abstracts : 01-04-03-01 actes législatifs et administratifs. - validité des actes administratifs - violation directe de la règle de droit. - principes généraux du droit. - égalité devant la loi. - violation - article r. 523-2 de l'ancien Code de la mutualité réservant l'attribution de certaines subventions d'État aux seules mutuelles exclusivement constituées de fonctionnaires et d'agents de l'État et de ses établissements publics, à l'exclusion des mutuelles accueillant également d'autres catégories d'adhérents.

12-04 assurance et prévoyance. - mutuelles (voir mutualité et coopération). - article r. 523-2 de l'ancien Code de la mutualité réservant l'attribution de certaines subventions d'État aux seules mutuelles exclusivement constituées de fonctionnaires et d'agents de l'État et de ses établissements publics, à l'exclusion des mutuelles accueillant également d'autres catégories d'adhérents - violation du principe d'égalité.

Résumé : 01-04-03-01 Au regard de l'objet des dispositions de l'article R. 523-2 du Code de la mutualité (ancien), qui est de permettre à l'État, agissant en tant qu'employeur, de participer au financement d'avantages destinés à ses agents et à ceux des établissements publics nationaux, les fonctionnaires et contractuels de l'État et des établissements publics nationaux qui sont affiliés à une mutuelle accueillant d'autres catégories d'adhérents, sont placés dans la même situation que les adhérents d'une mutuelle constituée exclusivement d'agents de l'État et de ses établissements publics. De même, les mutuelles dont une partie des adhérents sont des agents de l'État ou d'un établissement public national sont, pour la partie de leur activité bénéficiant à ces agents, placés dans la même situation que les mutuelles bénéficiaires des dispositions litigieuses. Ainsi, les dispositions contestées qui ont pour effet de réserver l'attribution des subventions qu'elles prévoient aux mutuelles exclusivement constituées de fonctionnaires et d'agents de l'État et de ses établissements publics, à l'exclusion des mutuelles accueillant également d'autres catégories d'adhérents créent une différence de traitement entre des personnes et des organismes placés dans la même situation. L'administration n'invoquant aucun motif d'intérêt général de nature à justifier cette différence, ces dispositions sont illégales.

12-04 Au regard de l'objet des dispositions de l'article R. 523-2 du Code de la mutualité (ancien), qui est de permettre à l'État, agissant en tant qu'employeur,

de participer au financement d'avantages destinés à ses agents et à ceux des établissements publics nationaux, les fonctionnaires et contractuels de l'État et des établissements publics nationaux qui sont affiliés à une mutuelle accueillant d'autres catégories d'adhérents, sont placés dans la même situation que les adhérents d'une mutuelle constituée exclusivement d'agents de l'État et de ses établissements publics. De même, les mutuelles dont une partie des adhérents sont des agents de l'État ou d'un établissement public national sont, pour la partie de leur activité bénéficiant à ces agents, placés dans la même situation que les mutuelles bénéficiaires des dispositions litigieuses. Ainsi, les dispositions contestées qui ont pour effet de réserver l'attribution des subventions qu'elles prévoient aux mutuelles exclusivement constituées de fonctionnaires et d'agents de l'État et de ses établissements publics, à l'exclusion des mutuelles accueillant également d'autres catégories d'adhérents créent une différence de traitement entre des personnes et des organismes placés dans la même situation. L'administration n'invoquant aucun motif d'intérêt général de nature à justifier cette différence, ces dispositions sont illégales.

Annexe n° 4 : Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels (extrait)

Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels.

NOR : BCFF0751468D

Version consolidée au 5 janvier 2020

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, du ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité et de la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports,

Vu le Code des assurances, notamment son article L. 310-2 ;

Vu le Code de la mutualité, notamment son article L. 211-5 ;

Vu le Code de la sécurité sociale, notamment le titre III de son livre IX ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 bis, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique de l'État ;

Le Conseil d'État (section des finances) entendu,

• Chapitre I^{er} : Dispositions générales

Article 1

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.

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 employeur ou leur ancien employeur.

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 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.

Article 3

Peuvent être choisis par l'employeur public, pour mettre en œuvre les garanties donnant lieu à la participation mentionnée à l'article 1^{er}, 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.

Une fois désigné, le ou les organismes est qualifié d'organisme de référence.

Article 4

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

• Chapitre II : Désignation des organismes de référence

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 critères objectifs et transparents.

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 définies par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé la sécurité sociale et du ministre chargé de la Fonction publique, au 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.

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 ;
- 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.

Annexe n° 5 : Lettre de la Cour des comptes du 21 février 2012 (texte intégral)



Le Premier président
62386

Paris, le 21 FEV. 2012

à

Madame Nathalie KOCIUSKO-MORIZET
Ministre de l'écologie, du développement durable,
des transports et du logement

Monsieur Luc CHATEL
Ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse
et de la vie associative

Madame Valérie PÉCRESSE
Ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'État
Porte-parole du Gouvernement

Monsieur François SAUVADET
Ministre de la fonction publique

Objet : la protection sociale complémentaire des agents de l'État

A l'occasion d'un examen des aides publiques destinées au financement de la couverture maladie complémentaire des assurés sociaux, la Cour a analysé les conditions dans lesquelles l'État a entrepris de réformer le soutien qu'il apporte en ce domaine à ses propres agents pour le mettre en conformité avec le droit communautaire.

Au terme de la procédure contradictoire qu'elle a conduite, elle m'a demandé d'appeler votre attention sur les observations suivantes.

1. Les dispositions adoptées ont favorisé le statu quo

Le dispositif traditionnel de subvention aux mutuelles de fonctionnaires, régi par l'article R. 523-2 du code de la mutualité, a été invalidé par une décision du Conseil d'État du 26 septembre 2005. Il l'a jugé contraire au principe d'égalité dès lors que l'aide ne bénéficiait qu'aux seules mutuelles composées d'agents et d'anciens agents de l'État et qu'elle était mise en cause par la Commission européenne comme aide d'État.

2/4

La loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007 et le décret du n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 y ont substitué un système de référencement. Il consiste pour chaque ministère qui souhaite continuer de contribuer à la protection sociale complémentaire de ses agents, à sélectionner, par mise en concurrence sur la base d'un cahier des charges qu'il leur appartient d'élaborer, un ou plusieurs organismes destinataires de leurs aides.

Cette occasion n'a pas été suffisamment saisie pour homogénéiser les pratiques des différentes administrations de manière à permettre une meilleure égalité de traitement entre les agents. L'approche par ministère a au contraire consolidé des disparités de couverture. Ainsi, les médicaments remboursés à 35 % par la sécurité sociale doivent être pris en charge à 100 % au ministère de la défense pour les personnels civils, à 70 % au ministère de l'éducation nationale, et à 35 % au ministère de l'économie et des finances. En prévoyance, l'incapacité doit être compensée à 75 % au moins du traitement indiciaire brut au ministère de l'éducation nationale, à 85 % à celui de l'écologie et à 100 % à celui de l'économie et des finances. De fait, les ministères ont aligné, en règle générale, les garanties minimales exigées sur les niveaux de prise en charge des mutuelles, opérateurs sortants.

Le couplage obligatoire des risques santé et prévoyance (invalidité-incapacité-décès), s'il peut répondre à des considérations d'ordre social, a par ailleurs favorisé également les mutuelles de fonctionnaires dont c'est la pratique dominante. Cette exigence a notamment eu pour conséquence directe l'élimination d'un certain nombre de postulants qui avaient dû, pour la satisfaire, se regrouper dans des conditions juridiques qui n'ont pas paru satisfaisantes à l'autorité publique.

Certains des critères de choix imposés ont également avantagé les candidats sortants. C'est notamment le cas de celui portant sur la maîtrise financière du dispositif. Ce critère qui a été explicité par un arrêté précisant que les comptes de résultats prévisionnels doivent être réalisés sur la base de deux hypothèses : d'une part, celle où l'ensemble de la population concernée adhère au dispositif et, d'autre part, celle où seule une partie de la population adhère. Or s'il y a bien égalité de situation dans la première, l'opérateur historique, disposant d'une base importante d'adhérents, est mécaniquement seul à même dans la seconde d'apporter une prévision fiable.

2. La mise en œuvre de la procédure de référencement par les ministères n'a pas rétabli l'égalité de traitement entre les candidats

La Cour a étudié plus particulièrement le déroulement de la procédure dans deux ministères.

Le ministère de l'éducation nationale a reconduit la seule mutuelle sortante, après avoir un temps envisagé d'en référencer plusieurs, ce qui était parfaitement concevable en raison de l'importance de ses effectifs.

Il a décomposé les quatre critères réglementaires en quatorze sous-critères qui n'ont pas été portés à la connaissance des postulants. S'il n'existe pas d'obligation juridique en la matière, une telle absence d'information est d'autant plus regrettable que les sous-critères définis ont été étroitement calqués sur la pratique de la mutuelle sortante.

Cour des comptes - Référé n°62386

3/4

Ainsi en est-il, par exemple, de la tarification, en proportion du revenu, mais non en fonction de l'âge, ainsi que des tarifications préférentielles des conjoints et des enfants de moins de 20 ans, spécificités notoires de la mutuelle considérée.

Ce ministère a également décomposé le critère « rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé » entre trois sous-critères. Si les deux premiers mesurent véritablement ce rapport respectivement pour les actifs et les retraités, le troisième porte sur le niveau des frais de gestion, ce qui n'est guère pertinent, cette appréciation confondant contrats individuels et collectifs d'une part, frais de gestion et frais d'acquisition d'autre part. Or la mutuelle sortante ayant obtenu la moins bonne note sur les deux premiers sous-critères, le troisième lui a permis de compenser cette faiblesse. Ces sous-critères aboutissent également à des conclusions contradictoires : ainsi, telle offre concurrente qui est la mieux notée s'agissant de la solidarité intergénérationnelle est la moins bien notée lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité à assurer la couverture effective des plus âgés.

Par ailleurs, en ce qui concerne le critère de maîtrise financière du dispositif, l'un des sous-critères portait sur la justesse des hypothèses retenues par les candidats en matière de rendement des actifs financiers. Alors que la mutuelle sortante aurait fait preuve d'un « excès d'optimisme », l'un des autres postulants qui est par ailleurs l'un des tous premiers gestionnaires d'actifs au niveau mondial, aurait, quant à lui, fait montre d'un « excès de prudence ». Tous deux se sont vus attribuer la même note.

Le ministère de l'écologie a également reconduit la mutuelle sortante sur la base d'appréciations discutables. Ainsi a-t-il, par exemple, considéré que l'offre du sortant était plus solidaire que celle d'un de ses concurrents. L'offre de celui-ci était pourtant plus favorable en ce qui concerne les solidarités aussi bien intergénérationnelle que financière et seulement un peu moins bonne en ce qui concerne la solidarité familiale.

De la même façon, les évaluations des mérites respectifs de ces deux offres paraissent avantager la mutuelle sortante tant ce qui concerne la maîtrise financière du dispositif (la mutuelle sortante obtient une note supérieure de 35 % à celle de son concurrent alors que, selon les termes du rapport du consultant que s'était adjoint l'administration, elle ne se détache que « légèrement ») que la couverture effective des personnes exposées aux risques (la sortante obtient une note supérieure de 31 % alors que les qualités de l'offre concurrente paraissent équivalentes si ce n'est supérieures).

Dans les deux ministères, les offres non retenues présentaient un meilleur rapport entre la qualité des garanties proposées et les tarifs appliqués que les propositions des mutuelles historiquement présentes, qui ont été reconduites.

3. L'effort financier de l'État employeur est resté à la fois modeste et inéquitable

Les concours que l'État apporte à la protection complémentaire de l'ensemble de ses agents et de ses anciens agents ne représentent globalement guère plus d'une cinquantaine de millions d'euros, selon les estimations de la direction générale de l'administration et de la fonction publique.

Cet effort, extrêmement modeste par rapport à la participation des entreprises au financement de la couverture complémentaire des salariés du secteur privé en matière de santé et

Cour des comptes - Référé n°62386

4/4

de prévoyance, est au surplus très inégalement réparti entre les ministères. Certains y consacrent par agent un montant jusqu'à vingt fois plus important que d'autres : de l'ordre de 6 € par agent au ministère de l'éducation nationale, de 21 € au ministère de l'agriculture, de 39 € au ministère de l'écologie, de 63 € au ministère des finances et à celui de la défense, de 120 € au ministère des affaires étrangères. Si, dans ce dernier cas, des spécificités réelles peuvent expliquer une participation élevée, tel n'est pas le cas général, les disparités des aides apportées tenant essentiellement à l'histoire de chaque administration sur le plan social comme budgétaire.

*

Plutôt que de reconduire le dispositif de référencement à son expiration, en 2015, sauf à le redéfinir complètement pour remédier aux multiples biais affectant sa conception et sa mise en œuvre, et sous réserve du bilan complet qui devra alors en être fait, la Cour recommande l'exploration de deux autres voies. La première serait la mise en œuvre, dans la fonction publique d'État, de contrats collectifs obligatoires sur le modèle de ceux conclus par les employeurs privés pour leurs salariés. La deuxième, si le coût de cette première orientation excédait pour l'État employeur ses capacités budgétaires, serait la réallocation des ressources limitées qui sont aujourd'hui consacrées à la protection sociale complémentaire des agents à d'autres formes d'action sociale, comme cela a déjà été fait au ministère de l'intérieur.

--oOo--

Je vous serais obligé de me faire connaître, dans le délai de deux mois prévu à l'article L. 143-5 du code des juridictions financières, les suites que vous aurez données à la présente communication.

Je vous rappelle qu'en application de l'article L. 143-5 du code des juridictions financières, ce référé sera transmis, deux mois après vous avoir été envoyé, aux commissions des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il sera accompagné de vos réponses si celles-ci sont parvenues dans ce délai. A défaut, vos réponses seront transmises au Parlement dès réception par la Cour.

Dans le respect des secrets protégés par la loi, en application de l'article L. 143-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes mettra en ligne sur son site internet le texte du présent référé, accompagné de vos réponses.


Didier MIGAUD

Cour des comptes - Référé n°62386

Annexe n° 6 : Circulaire du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement des organismes de Protection sociale complémentaire dans la Fonction publique de l'État (extrait)

République française

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère de la Fonction publique

Circulaire du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement des organismes de Protection sociale complémentaire dans la Fonction publique de l'État

NOR : RFFF1609362C

La ministre des Affaires sociales et de la Santé, La ministre de la Fonction publique

à

Mesdames et messieurs les ministres,

Objet : Procédure de référencement des organismes de Protection sociale complémentaire dans la Fonction publique de l'État

Annexes :

- Document n° I : les points clefs du référencement

- Document n° II : aide à la définition du cahier des charges
- Document n° III : les étapes de la procédure de référencement
- Document n° IV : aide à la constitution des caractéristiques qualitatives et quantitatives de la population à couvrir
- Document n° V : dossier de candidature type
- Document n° VI : un pilotage et un suivi renforcé du référencement
- Document n° VII : l'impératif d'une parfaite information des agents sur leur Protection sociale

Résumé : la présente circulaire précise la méthodologie et les préconisations de préparation, de mise en œuvre et de suivi de la procédure de référencement des organismes de Protection sociale complémentaire permettant aux administrations de l'État et à leurs établissements publics de participer au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Mots-clés : agents publics, Protection sociale complémentaire, référencement.

[...]

Annexe n° 7 : Code de la sécurité sociale : les institutions de prévoyance

Art. L931-1,

Les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants définis à l'article L931-3.

Art. L931-3, adhérents et participants des Institutions de prévoyance (extrait)

Les membres adhérents d'une institution de prévoyance sont la ou les entreprises ayant adhéré à un règlement de l'institution ou souscrit un contrat auprès de celle-ci.

Est considérée comme entreprise, au sens du présent titre, toute personne physique ou morale qui emploie un ou plusieurs salariés.

Les membres participants comprennent :

1° Les salariés affiliés à l'institution sur la base des dispositions des articles L. 932-1 et L. 932-14 ;

[...]

Annexe n° 8 : Déclaration unitaire MFP/organisations syndicales du 7 février 2020 (texte intégral)

Pour une politique ambitieuse de la Protection sociale complémentaire dans la Fonction publique

Le gouvernement s'est engagé à réformer les dispositifs de Protection sociale complémentaire des agents publics, par ordonnances, d'ici la fin de l'année 2020. Pour autant, à ce jour, ce chantier ne figure toujours pas à l'agenda social, laissant les acteurs concernés dans la plus grande incertitude quant à l'avancée du dossier.

À l'heure où le gouvernement devrait annoncer les premières orientations qui impacteront la Protection sociale des quelque 8 millions d'agents actifs et retraités que compte ce pays, la MFP et les organisations syndicales de la Fonction publique font aujourd'hui le choix de porter ensemble un certain nombre de propositions pour éviter l'inacceptable et préserver les mécanismes solidaires et protecteurs pour les agents.

Dans cet acte fort et engageant, les cosignataires tout en rappelant leur attachement à un régime d'assurance maladie de haut niveau, posent cinq conditions essentielles pour offrir à tous les personnels publics une couverture complémentaire plus juste et plus solidaire :

- Une couverture qui mutualise toutes les catégories d'agents actifs et retraités,
- Une liberté d'adhésion des agents à la couverture proposée par leur employeur,
- Une protection complète, santé et prévoyance, tenant compte des spécificités propres à chaque versant de la Fonction publique (État, territorial, hospitalier),
- Une participation financière des employeurs publics significative et suffisamment incitative pour les agents,
- Un renforcement du poids des critères solidaires dans le choix des opérateurs complémentaires en charge d'assurer une couverture pour les personnels publics.

L'évolution de la Protection sociale complémentaire dans la Fonction publique est un véritable enjeu de société que les cosignataires de cette déclaration n'auront de cesse de porter activement auprès des pouvoirs publics.

Texte intégral de la Déclaration unitaire MFP/OS à lire ci-après.



DECLARATION UNITAIRE MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE / ORGANISATIONS SYNDICALES DE LA FONCTION PUBLIQUE

POUR UNE POLITIQUE AMBITIEUSE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

La loi de modernisation de la Fonction publique de février 2007 a légalisé le principe de la participation des employeurs publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, actifs et retraités. Cette participation, réservée aux seuls contrats et règlements mettant en œuvre une solidarité entre les membres du groupe couvert, traduit l'objet social voulu par le législateur.

Dans les faits, la mise en application des principes de la loi n'a pas généré d'amélioration au regard :

- des cahiers des charges minimalistes et inadaptés générant des régressions dans les garanties proposées aux agents depuis des décennies,
- une ouverture à la concurrence généralisant une marchandisation toujours plus grande de la protection sociale complémentaire et rendant plus difficile la mutualisation des risques et la mise en œuvre des solidarités,
- une participation financière des employeurs publics insuffisante et inégalement répartie.

A l'heure où le gouvernement ouvre des travaux sur l'avenir de la protection sociale des agents relevant des trois versants de la Fonction publique, la Mutualité Fonction Publique (MFP), Union de 20 mutuelles de la Fonction publique, et les Organisations syndicales représentatives, rappellent leur attachement à une société où les droits sociaux des agents, qui œuvrent quotidiennement au service des concitoyens, soient respectés et considérés comme fondamentaux pour un système social plus juste et plus solidaire.

Si elles défendent avant tout un régime d'assurance maladie obligatoire de haut niveau incontournable pour une véritable solidarité nationale, elles partagent la volonté de **poser les conditions essentielles d'une protection sociale complémentaire ambitieuse** pour offrir à tous les agents publics une couverture solidaire, responsable, complète et financièrement accessible à tous.

1. **Une couverture mutualisant toutes les catégories d'agents actifs et retraités**, relevant du périmètre éligible à l'adhésion (fonctionnaires, agents non-titulaires, ayants-droit...). Ce point est d'autant plus important compte-tenu des éléments inscrits dans la loi de transformation de la Fonction publique du 6 août 2019 et de l'importance des solidarités intergénérationnelle, indiciaire et familiale, protections indispensables contre les situations de précarité.
2. **Une adhésion libre des agents publics, actifs et retraités**, qui doivent pouvoir choisir la couverture complémentaire qui convient le mieux à leurs besoins.
3. **Une couverture globale complète intégrant la prise en charge des risques courts et des risques longs, en complément des garanties statutaires** : frais de santé, incapacité temporaire de travail, invalidité, décès et perte d'autonomie. Pour tenir compte des spécificités existantes, cette couverture est négociée dans les conditions propres à chaque versant.

4. **Une participation financière des employeurs publics significative et suffisamment incitative** pour promouvoir les contrats/règlements organisant un haut niveau de solidarité entre les adhérents, dans le respect de l'objet social inscrit dans la loi de modernisation de la Fonction publique de 2007. C'est dans ce sens que chaque employeur public sera doté ou se dotera d'un budget spécifique et dédié au financement de la protection sociale complémentaire de ses personnels sans réduire les crédits alloués pour la valorisation des rémunérations des personnels des trois versants de la fonction publique.
5. **Un renforcement du poids des critères solidaires** dans l'appréciation et le choix des opérateurs complémentaires retenus pour couvrir les agents actifs et retraités. Inscrite dans la loi mais peu pratiquée dans les faits, c'est la référence incontournable pour repenser la couverture complémentaire des personnels. Il est urgent que les pouvoirs publics imposent aux organismes chargés de la mise en œuvre de cette protection :
 - l'absence de but lucratif,
 - la non-sélection des risques (âge, état de santé, pénibilité du travail, handicap, etc...),
 - les différents mécanismes de solidarités (intergénérationnels, familiaux, indiciaires, etc...),
 - un fonctionnement démocratique.

Sur la base de ces propositions partagées par les Organisations syndicales et la MFP, nous posons les conditions indispensables à la couverture sociale complémentaire des agents publics, travail éminemment nécessaire pour repenser collectivement un système, dont les dérives subies contribuent d'année en année à la régression de la couverture des personnels de la Fonction publique, actifs et retraités. Toute évolution en matière de protection sociale complémentaire arrêtée par l'employeur doit être le résultat d'un dialogue social et de négociations.

Le 7 février 2020,

Pour la MFP
Serge BRICHET
Président

Pour la CFTC - FAE
Didier LENFANT
Président

Pour la CGT
Jean-Marc CANON
Secrétaire Général

Pour la FA - FP
Pascal KESSLER
Président

Pour FO Fonction publique
Christian GROLIER
Secrétaire Général

Pour la FSU
Benoît TESTE
Secrétaire Général

Pour Solidaires
Gaëlle MARTINEZ
Déléguée Générale

Pour UNSA
Luc FARRÉ
Secrétaire Général

Annexe n° 9 : Communiqué de presse de la MFP sur le lancement du Pacte Santé Service Public du 2 février 2021

Protection sociale complémentaire dans la Fonction publique

La MFP revient sur la réforme et lance le Pacte Santé Service Public

La MFP prend acte favorablement des annonces du gouvernement concernant l'accès à la Protection sociale complémentaire (PSC) des agents publics grâce à une participation financière de l'employeur, à l'instar de ce qui se fait dans le monde de l'entreprise. Cette décision répond à une demande ancienne du mouvement mutualiste fonctionnaire.

Entre opportunités et inquiétudes

Pour autant, l'ordonnance de cadrage de la réforme, adoptée le 18 janvier dernier par le Conseil commun de la Fonction publique, laisse en suspens bon nombre de questions. L'incitation vers la mise en œuvre de contrats collectifs obligatoires réservés aux seuls actifs peut constituer une grave atteinte au modèle de Protection sociale dont bénéficient actuellement les agents, modèle construit sur la mutualisation des risques et des personnes (actifs et retraités).

Quand on sait que seule la solidarité intergénérationnelle permet de plafonner significativement les cotisations des retraités, la MFP alerte le gouvernement sur les conséquences pour les plus âgés de la mise en œuvre de tels contrats. C'est bien l'accès à la santé et à la prévoyance de ces millions de retraités qui est en jeu dans cette réforme.

Entre participation et régression

Par ailleurs, la participation de l'employeur, point essentiel de la réforme, ne peut être évaluée qu'au regard des contenus des garanties encadrés par l'ordonnance. Or, au vu des socles minimalistes de référence des contrats responsables, la réforme porte en germe une véritable régression des droits dont bénéficient actuellement les agents notamment dans la Fonction publique d'État (niveau des garanties santé et prévoyance réduit, couplage non systématique des deux garanties, risque dépendance non retenu...).

Au surplus, au-delà de la couverture complémentaire santé et prévoyance, l'ordonnance occulte toute la dimension d'accompagnement global des personnes (actions sociales adaptées aux besoins sociaux des actifs et des retraités, santé au travail et prévention ciblée sur les risques du métier public). La MFP tient à rappeler que la PSC n'est qu'un levier de protection, certes indispensable mais loin d'être suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins des agents. La lier à l'accompagnement dans le cadre d'une véritable

relation partenariale entre l'employeur public et l'opérateur est la solution à privilégier.

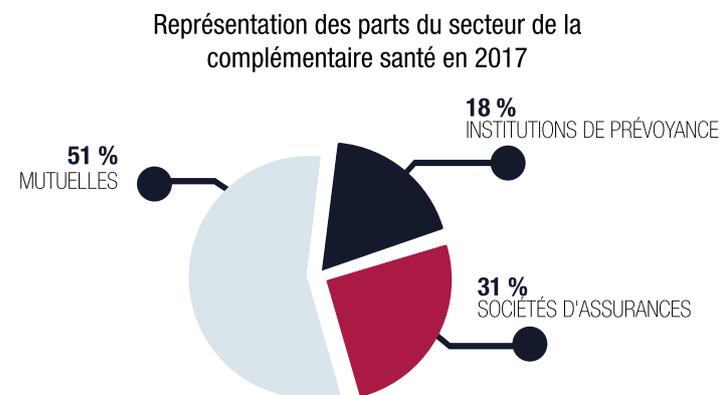
Entre promesse et engagement : le Pacte Santé Service Public

Pourquoi vouloir construire de nouveaux dispositifs PSC qui seront au final moins-disants que ceux proposés volontairement et construits depuis des décennies sur la base d'un modèle mutualiste global et solidaire. Ce modèle, au lieu d'être déstructuré, ne devrait-il pas, au contraire, être une source d'inspiration pour le gouvernement ?

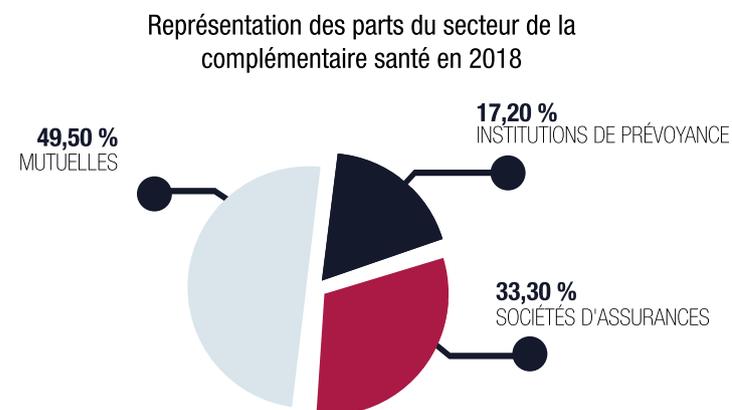
Contribuant à cette ambition, la MFP lance un espace d'échanges et de propositions, accessible à tous sur le site www.pacte-sante.fr. Cette plateforme de témoignages et d'expertises, ouverte à tous les acteurs concernés, intéressés ou impliqués dans la protection sociale des agents publics, vise à peser dans le débat et améliorer significativement les dispositifs PSC envisagés par le gouvernement. Une rubrique « Engagement » est également accessible appelant chacun à signer en faveur d'un modèle solidaire et mutualisé.

Enfin, la reconduction de l'enquête Harris Interactive sur les fragilités sociales dans la Fonction publique conduite fin 2018, en cours, viendra utilement nourrir cet espace. Les premiers enseignements sont attendus d'ici la mi-février.

Annexe n° 10 : Représentation des parts du secteur de la complémentaire santé (en 2017 et en 2018)



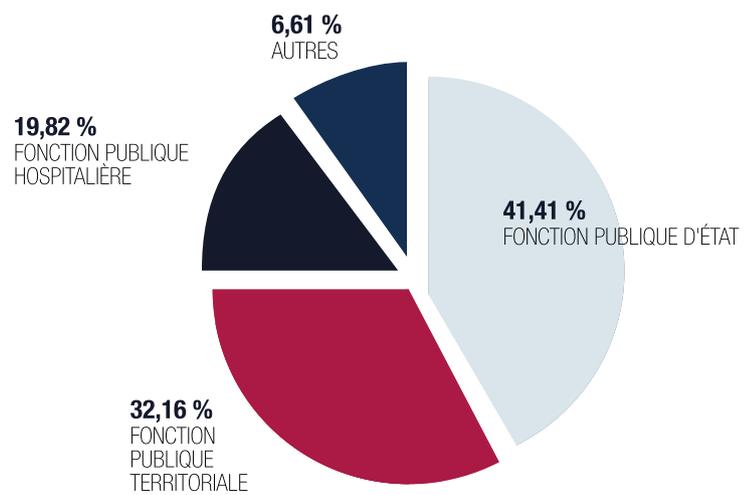
Graphique réalisé par l'auteur à partir des données de la DREES.
La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties. Panoramas de la DREES Santé. 2019.



Source : Graphique réalisé par l'auteur à partir des données de la FNMF, de la FFA et du CTIP.
Communiqué de presse du 23 septembre 2019.

Annexe n° 11 : Répartition de l'emploi public au 31 décembre 2017

Répartition de l'emploi public au 31 décembre 2017



Source : Graphique réalisé par l'auteur à partir des données de la DGAFP.
Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Édition 2019.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	P.9	TROISIÈME PARTIE	
		LA SOUDAINE MENACE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE	p.45
PREMIÈRE PARTIE		QUATRIÈME PARTIE	
LA CONSTRUCTION DE LA SOLIDARITÉ FRANÇAISE	P.15	QUE FAIRE ?	P.53
I. UNE HISTOIRE DÉJÀ ANCIENNE	P.17	I. MESURER LE DANGER ET DIALOGUER	P.55
II. DE L'APRÈS-GUERRE À NOS JOURS : DE L'ACTION PARALLÈLE AU DROIT D'INTERVENTION DES SYNDICATS DANS LA PSC	P.21	II. POUR UN NOUVEAU DIALOGUE AVEC LES SYNDICATS	P.58
DEUXIÈME PARTIE		III. POUR UN DIALOGUE DE PLEIN EXERCICE AVEC LE MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE	P.61
LA PROBLÉMATIQUE DU RÉFÉRENCEMENT	P.29	IV. LES OBJECTIFS PRIORITAIRES	P.64
I. LE PRINCIPE ACTUEL DU RÉFÉRENCEMENT ET DES APPELS D'OFFRES	P.31		
II. LA PREMIÈRE VAGUE DE RÉFÉRENCEMENT (2008) ET LA COUR DES COMPTES	P.33	CONCLUSION	P.69
III. LA CIRCULAIRE DU 27 JUIN 2016	P.35	ANNEXES	P.75
IV. LA DEUXIÈME VAGUE DE RÉFÉRENCEMENT (2016)	P.37		
V. LA QUESTION DE LA DÉFINITION DES PRESTATIONS	P.39		
VI. LA PROBLÉMATIQUE AMBIGUË DE L'AIDE FINANCIÈRE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES AGENTS DE L'ÉTAT	P.41		

LES PUBLICATIONS DU CRAPS

Penser le social : 5 nouvelles leçons - mars 2021
Tous solitaires, tous solidaires - septembre 2020
5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle - juin 2020
Nouveau monde, nouvelle Protection sociale! - mai 2017
La Protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné - octobre 2015
Le Livre Blanc - novembre 2012

LES CAHIERS DU CRAPS

Hôpital : les #idées des acteurs - Hôpital - 2020
L'intelligence artificielle : un défi pour la Protection sociale - Intelligence artificielle - 2020
Territoires de santé : de nouvelles frontières - Santé - 2019
Formation professionnelle : du marché à l'individu - Formation professionnelle - 2019
Retraite : un patrimoine collectif - Retraite - 2018
Une bombe à mèche longue - Chômage, formation, accompagnement et indemnisation - 2017
L'emploi : un défi européen - Emploi et Europe - 2017
Quatre stratégies pour maîtriser la dépense - Assurance maladie - 2017
Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun - Financement de la Sécurité sociale - 2017

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public - Hôpital - 2017

Pour structurer la médecine du XXI^e siècle : la télémédecine - Télémédecine - 2017

Big data et nouvelles technologies, la Protection sociale à l'heure de la révolution numérique - Big data et nouvelles technologies - 2017

Un quinquennat pour retrouver une ambition française contre le tabagisme - Lutte contre le tabagisme - 2017

Quelle politique mener ? - Addiction à l'alcool - 2017

Une question de méthode - Dialogue social - 2017

LES PARTENAIRES DU CRAPS

Airinspace www.airinspace.com

Avenir Mutuelle www.avenirmutuelle.com

Bioméga Services www.biomega.fr

Caisse des Français à l'Étranger www.cfe.fr

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM) www.cmim.ma

Cegedim Insurance Solutions www.cegedim-insurance.com

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
www.chicreteil.fr

CPAM de Paris www.ameli.fr

CPAM des Hauts-de-Seine www.ameli.fr

Enedis www.enedis.fr

Fédération Hospitalière de France (FHF) www.fhf.fr

GMF www.gmf.fr

Groupe nehs www.nehs.com

Groupe Vyv www.groupe-vyv.fr

Gustave Roussy www.gustaveroussy.fr

Hôpital Foch www.hopital-foch.com

La France Mutualiste www.la-france-mutualiste.fr

Mutuelle Civile de la Défense (MCDef) www.mcdef.fr

Mutualité de la Fonction Publique Services (MFP Services) www.mfpservices.fr

Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE) www.maee.fr

Mutuelle Générale de la Police (MGP) www.mgp.fr

Mutualité Sociale et Agricole (MSA) www.msa.fr

Novo Nordisk www.novonordisk.fr

Organisation Internationale du Travail (OIT France)
www.ilo.org

Santé Mobilité Services www.santemobilite.com

Syndicat des Biologistes www.sdbio.eu

Unéo www.groupe-uneo.fr

Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL)
www.unapl.fr

Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) www.uspo.fr

YCE Partners www.yce-partners.fr

Si, pour le CRAPS, la Protection sociale est une idée d'avenir, l'avenir pour autant ne se décrète pas. Il ne peut se construire qu'à partir d'échanges nourris de l'Histoire et d'expériences, collectives et individuelles, au profit d'un bien commun autant à préserver qu'à développer. La démocratie sociale, sans qui la démocratie politique ne serait pas synonyme de progrès, exige que toutes les opinions puissent s'exprimer dans le cadre d'un débat apaisé. C'est pourquoi, le CRAPS, éditeur du présent ouvrage, s'oblige dans le respect des exigences de transparences indispensables à la qualité des travaux qu'il conduit, à informer le lecteur que les thèses défendues par l'auteur ne reflètent pas obligatoirement celles de l'ensemble de ses partenaires.

DIRECTEURS DE PUBLICATION

Jean-Paul Ségade et Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL

Hervé Chapron

PRÉSIDENT DU GROUPE DE TRAVAIL

Louis Dominici

CONCEPTION ET RÉALISATION

Fabien Brisard, Pierre-Maxime Claude, Anaïs Fossier

CRAPS

45, rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS
accueil@thinktankcraps.fr

© CRAPS 2021

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou transmission, même partielle,
sous quelque forme que ce soit, est interdite sans
autorisation écrite du détenteur des droits.

Imprimerie Guillotte - LAVAL

Dépôt légal mars 2021

ISBN : 978-2-492470-04-2

LES MUTUELLES, LES SYNDICATS, L'ÉTAT DANS LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS DE L'ÉTAT

Les mutuelles historiques de la Fonction publique d'État, entièrement dédiées chacune aux agents du ministère où elles agissent, portent depuis la Libération, l'essence même de la Mutualité.

Leur valeur est si grande et si éminente dans la société française qu'elles ont été les premières à être attaquées au début de ce siècle, par les idéologies de la concurrence et du marché. Une nouvelle procédure inventée en 2007 les a ainsi soumises à un « référencement » par appel d'offres.

Mais un danger plus grave apparaît. Il résulte d'une ordonnance en cours d'adoption, où figure une disposition qui rendrait possible dans chaque ministère, l'imposition d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, à la seule condition que les syndicats le demandent par accord majoritaire. Cela reviendrait à soumettre la mutuelle historique aux aléas multiples d'un appel d'offres : dans le cas où le contrat collectif ne serait pas attribué à la mutuelle historique, les agents du ministère, membres pour la plupart de cette mutuelle historique, seraient obligés de la quitter pour être enrôlés de force dans les rangs de l'organisme extérieur que l'administration aurait retenu.

Les organisations syndicales, dont le gouvernement a fait ses interlocuteurs principaux dans la préparation de cette ordonnance, ont encore la possibilité d'agir avec et pour les mutuelles historiques, afin que la disposition ouvrant la possibilité d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, soit retirée.

La bonne réforme consisterait pour l'employeur public à verser directement à ses agents actifs et retraités une aide à la complémentaire santé, et à respecter leur liberté de choisir l'organisme complémentaire qui leur convient.

La présente étude s'inscrit dans le prolongement de l'ouvrage intitulé « Qui veut tuer les mutuelles ? », édité en mai 2020 par le CRAPS. Elle a été réalisée sous la direction de l'ambassadeur Louis Dominici, ministre plénipotentiaire honoraire, membre titulaire de l'Académie des sciences d'Outre-Mer, président de la Mutuelle des affaires étrangères et européennes (MAEE), depuis longtemps président de l'Association syndicale des agents du ministère des affaires étrangères (ASAM).

ISBN : 978-2-492470-04-2



9 782492 470042

8 €

CRAPS

