

	<p>SERVICES PUBLICS CFE-CGC</p> <p>15-17 rue Beccaria – 75012 PARIS</p> <p>☎ 01.44.70.65.90 e-mail : fonctions.publics@cfecgcfp.org http://cfecgcfp.org/</p>
---	---

Contribution de la fédération des Services Publics CFE-CGC **sur la Protection Sociale Complémentaire**

Madame la Ministre,

La Protection Sociale Complémentaire (PSC) dans la Fonction Publique (FP) est un sujet majeur et prioritaire de votre mandat. L'ordonnance n° 2021-175 relative à ce sujet a été publiée ce 17 février 2021.

La fédération des SP CFE-CGC a exprimé lors du rendez-vous salarial de 2019 son attachement majeur à ce dossier et s'est, dès le départ des discussions, engagée dans une posture participative et constructive tant dans le cadre des Groupes de Travail que de celui du Conseil Commun de la Fonction Publique (CCFP).

Après échange avec Mme Nathalie COLIN, Directrice Générale de la DGAFP, la fédération des SP CFE-CGC souhaite apporter sa contribution sur le sujet de la PSC pour les agents publics des trois versants.

Notre propos s'articule principalement sur les principes qui guident notre action et nos propositions sur ce sujet.

Nous ne proposerons pas d'amendements à la feuille de route. Une coquille est juste à relever dans le calendrier en 2.1- : « *le projet de décret pris en application du II de l'article 4 du projet d'ordonnance instaurant dès le 1^{er} janvier 2022 une participation obligatoire de l'État employeur au remboursement des frais cotisations de complémentaires santé, justifiés par l'agent en faisant la demande* »

Nous déplorons uniquement un calendrier particulièrement dense et contraint. Néanmoins, afin de garantir la mise en œuvre effective de la PSC, sans qu'elle ne puisse être

remise en cause par un hypothétique nouvel exécutif, nous souhaitons son traitement pour les trois versants de la FP avant la fin de cette année 2021.

Pour la même raison, nous considérons que si complémentaire santé et couverture prévoyance peuvent être découplées dans leur réflexion, elles doivent être aussi traitées de façon concomitante, également pour la fin de cette année.

En préalable, la fédération des SP CFE-CGC souhaite rappeler que la PSC doit avoir pour résultat d'améliorer la situation des agents : sauvegarder leur santé, améliorer la prévoyance, majorer leur pouvoir d'achat. Cette apparente évidence nécessite pourtant de porter une très grande attention à nombre de chausse-trappes qui pourraient, en toute bonne foi, entraîner des conséquences inverses.

Fondamentalement, la fédération des SP CFE-CGC est guidée par les principes du Service public.

1- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe d'égalité.

Égalité pour tous, quels que soient les statuts, et au regard de la portabilité,

Celle-ci signifie l'instauration de la PSC pour les agents des trois versants de la Fonction Publique (FP), quels que soient leur statut, leur corps et leur métier.

-) Nous souhaitons que tous les agents publics, quels que soient leurs statuts (fonctionnaires, stagiaires, contractuels C.D.I. et CDD, apprentis), bénéficient d'une complémentaire et d'une prévoyance.

-) Nous souhaitons également que cette couverture puisse également être offerte aux retraités, quitte à définir une offre spécifique qui ne mette pas en péril pour autant leur pouvoir d'achat. La PSC est un sujet intergénérationnel qui concerne l'ensemble des agents publics.

En vertu de ce même principe, nous avons bien noté que la portabilité, à savoir le maintien des droits acquis à la couverture complémentaire dans la FP en cas de mobilité, voire de la cessation d'activité, est garantie entre l'ensemble des versants de la FP, des différents ministères de la FPE et des établissements publics.

-) L'application du maintien des garanties en fin de droits FP sur une durée déterminée pourrait être calquée logiquement sur la réglementation du secteur privé.

Égalité pour tous au regard du calendrier

Dans cette même logique, l'étalement du calendrier (jusqu'en 2026), met à mal cette égalité. Sans compter que l'horizon 2026 est particulièrement lointain pour nombre d'agents. Actuellement, de nombreux agents, notamment dans la FPT, ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé. Il semble que la prise en charge de 50% des coûts de la complémentaire santé s'appliquera progressivement au gré des conventions de référencement et, ce, dès 2024 pour les employeurs de l'État qui ne disposent pas de convention.

Les échéances semblent indiquer que :

- En 2021, le capital décès sera revalorisé pour toute la fonction publique.
- En 2022, les agents publics de l'État verront sur leur fiche de paie une participation forfaitaire à leur complémentaire santé, en attendant l'instauration du taux de 50% minimum prévu à l'issue des contrats de référencements actuels, dès lors que leurs contrats seront conformes aux règles prévues par le Code de la Sécurité sociale.
- À l'horizon 2024 pour la majorité des agents de l'État, le texte prévoit l'obligation de participation de tous les employeurs publics à la hauteur, a minima, de 50% du coût de la cotisation des agents publics à leur protection sociale complémentaire santé. À l'horizon 2026 pour les agents territoriaux et hospitaliers.
- En 2024, les agents de la territoriale seront couverts en prévoyance à hauteur de 20% du montant de leur contrat
- Avant le 1^{er} janvier 2026, tous les employeurs publics devront participer à la PSC de leurs agents à hauteur d'au moins 50% de leur contrat santé.

Malgré cela, à l'heure actuelle, les conditions pour que tous les agents, sans exception, puissent en bénéficier, avec un niveau correct de garanties couvertes, restent particulièrement floues.

Rien ne dit non plus qu'à l'arrivée, les garanties des nouveaux contrats seront identiques à celles d'aujourd'hui. Pour tout ou partie des garanties, le risque de devoir, à moyen terme, cotiser à des contrats complémentaires ou surcotiser reste extrêmement important.

Il convient d'ailleurs à ce propos de ne pas oublier les actuels retraités. Si une priorité est donnée à des contrats collectifs à adhésion obligatoire, rien n'est clair sur les changements que cela occasionnera pour eux.

Toutes ces étapes, sans doute nécessaires, ne donnent pas une lisibilité suffisante ni une égalité certaine.

-) Nous demandons que les différentes étapes soient beaucoup plus précisées afin de s'assurer qu'aucun agent ne reste « au bord du chemin ».

-) Nous demandons l'instauration d'un mécanisme compensatoire de prise en charge des cotisations pour l'ensemble des agents publics qui bénéficient déjà ou bénéficieront avant la date d'échéance tant d'une complémentaire santé que d'une couverture prévoyance.

-) Nous demandons également qu'un mécanisme garantisse que tous les agents puissent bénéficier, à compter du 1er janvier 2022, d'une participation, ne serait-ce que forfaitaire.

2- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe d'équité et de solidarité.

La PSC doit garantir :

- Une participation minimale conséquente des employeurs pour tous les agents, aussi bien pour la complémentaire santé que pour la couverture prévoyance.
- La possibilité d'une participation dite « sociale » majorée pour les plus bas-salaires.
- La mise en place d'un fonds de solidarité pour tous les accidents de la vie (difficultés financières, cessation d'activité...).
- La prise en compte des risques spécifiques métiers pour les agents publics les plus exposés

- Une assise sur le traitement dans sa globalité (et indiciaire et indemnitaire).
 - o En effet, au regard des trois versants, l'indemnitaire est très loin de ne concerner que quelques agents de catégories A. Pour toutes les catégories, un budget familial est appréhendé globalement. Une perte de rémunération indemnitaire a des conséquences immédiates et connues : des familles de toutes catégories sociales peuvent plonger extrêmement rapidement dans le surendettement.
 - o De plus, la réforme des retraites s'oriente clairement vers la reconnaissance progressive de la globalité du traitement des fonctionnaires.
 - o Enfin, les contractuels bénéficient parfois, en contrepartie de leur précarité, de primes majorées qui font la réalité de leur rémunération globale.

À propos du pouvoir d'achat

Ce projet d'ordonnance porte la participation de l'État employeur au financement de la protection sociale complémentaire à 50 %. Or, constat est fait que dans tous les ministères de la FPE, la participation de l'État employeur au financement de la PSC est en chute libre.

Cependant, il convient de ne pas confondre « 50 % du panier minimal de garanties défini par le Code de la sécurité sociale », et « 50 % du financement des garanties complémentaires » dont bénéficient actuellement nombre d'agents, et qui vont bien au-delà du panier minimal de la sécurité sociale.

-) Nous demandons à ce que la prise en charge porte sur le financement des garanties complémentaires, et qu'elle soit supérieure à 50%.

Par ailleurs, il n'est pas clarifié dans l'ordonnance si le financement de l'État employeur porte aussi sur la prévoyance. Or, aujourd'hui, comme au ministère des finances, les garanties de prévoyance couvrant les risques incapacité de travail, invalidité, inaptitude et décès sont prises en compte dans le contrat MGEFI. C'est le cas aussi dans de nombreuses situations en FPT. Or, il est simplement mentionné dans l'ordonnance la possibilité que l'employeur participe au financement de ces garanties, sans qu'il soit d'ailleurs précisé à quelle hauteur.

-) Nous demandons à ce que la prise en charge de l'employeur à hauteur de 50% au minimum soit explicitement mentionnée également pour ce qui concerne la couverture prévoyance.

À défaut, contrairement à ce qui est présenté, cette ordonnance représentera une régression pour de nombreux agents publics.

Ajoutons que la participation des employeurs publics est extrêmement faible. De ce fait, tous les mécanismes et précautions doivent être trouvés afin de garantir une véritable attractivité à cette PSC avec une réalité de la majoration du pouvoir d'achat.

Il est rappelé que la mesure gouvernementale impose un « zéro reste à charge ». Une participation trop faible de l'employeur n'aurait d'autre conséquence que de mettre en difficulté nombre d'agents ; une complémentaire comme une prévoyance représentant un coût pour toute une famille.

La fédération des SP CFE-CGC souligne que 70% des agents publics relèvent de la catégorie C. Leur précarité et leurs faibles salaires ne leur permettent tout simplement pas d'adhérer à une complémentaire santé, et encore moins une prévoyance.

-) **Nous demandons à ce que soit ajoutée la possibilité d'une participation dite « sociale » majorée pour les plus bas-salaires.**
-) **Nous demandons la mise en place d'un fonds de solidarité pour tous les accidents de la vie (difficultés financières, cessation d'activité...).**
-) **Nous demandons une assise de la participation sur le traitement dans sa globalité (et indiciaire et indemnitaire).**

De plus, les augmentations successives et régulières du montant des cotisations pour les adhérents ont considérablement mis à mal l'intérêt des complémentaires actuellement référencées. Il est à noter également que les mesures de la Loi de financement de la Sécurité Sociale 2021, instaurent une taxe « dite Covid » aux organismes complémentaires.

-) **Il convient donc impérativement d'encadrer strictement les éventuelles augmentations tarifaires des complémentaires et couverture prévoyance.**

Dans cette même logique, nous avons bien noté que la participation employeur ne sera pas considérée comme une variable salariale et sera de ce fait, non soumise à contributions sociale et fiscale.

3- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe de liberté de choix des agents.

Il est évident que « l'effet masse » proposant des milliers de nouveaux adhérents à un opérateur ne peut qu'encourager celui-ci (mutuelle ou autre...) à proposer une tarification et une offre avantageuse. L'adhésion obligatoire garantit à l'opérateur cet effet masse.

Pour autant, les situations individuelles sont variées : certains agents ont des conjoints leur permettant de bénéficier de conditions plus avantageuses, d'autres ont trouvé par eux-mêmes de meilleures prestations, ou des prestations complémentaires (de type action sociale par exemple), rendant une offre globale plus avantageuse, etc.

Nous proposons le principe suivant : tout agent public doit impérativement bénéficier / souscrire à une complémentaire et à une prévoyance. L'adhésion à un contrat collectif,

conditionné à sa validation par un accord majoritaire, doit être privilégié. Cependant, l'agent public doit rester libre d'adhérer à celle proposée par son employeur... ou pas. L'important est que les agents publics en aient une ; c'est là que doit reposer l'obligation, pas dans le choix d'une en particulier.

L'exemple de la FPT où nombre de collectivités et de Centres de Gestion ont déjà instauré ce système nous montre que même quelques centaines de nouveaux adhérents représentent un volume amplement suffisant pour intéresser des opérateurs. Il n'y a donc pas de crainte à avoir si l'adhésion n'est pas obligatoire.

Dans cette même logique, en cas de labellisation ou autre, notre préférence va au choix d'un seul opérateur... mais par employeur.

En effet, la sélection d'un opérateur doit se faire non pas au plan national, mais par ministère pour la FPE, et par entité juridique pour la FPT (Conseil Régional, Départemental, regroupement de communes via les Centres de Gestion...) et la FPH (CHU...). De fait, le choix d'un seul opérateur à chaque fois garantit la mutualisation des risques et l'absence de sélection des risques. À défaut, nous encourageons la baisse du nombre d'adhésions à terme et la fragilisation de l'équilibre économique des opérateurs.

Malgré tout, nous ne fermons pas la porte à ce qu'un choix soit proposé aux agents publics entre plusieurs complémentaires et prévoyances, notamment au regard de la taille de certains ministères.

Par ailleurs, il est constaté l'immense paradoxe d'avoir des agents obligés de devoir « surcotiser », et donc minorer leur pouvoir d'achat, afin de pouvoir être couvert pour des affectations qui leur sont propres.

-) Tout agent doit obligatoirement adhérer à une complémentaire santé et à une prévoyance. Mais il doit garder le choix de ne pas prendre celle de son employeur.

-) La sélection d'un opérateur doit se faire non pas au plan national, mais par ministère pour la FPE, et par entité juridique pour la FPT et la FPH.

4- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe d'adaptation.

Elle propose l'ouverture à des « niveaux de garanties, de remboursement » différents. En effet, une situation individuelle et familiale peut évoluer sur tous les plans (composition de la famille, santé, rémunération...). Des niveaux de garanties offrant, par exemple, des

remboursements supplémentaires pour certaines prestations, doivent être proposés. Ils ont aussi l'avantage, pour le prestataire, de s'assurer d'avoir plus d'adhérents en proposant une offre plus large.

-) Différents niveaux de garanties et de prises en charge doivent être proposés.

De même, les attentes sont forcément différentes tant en matière de santé que de prévoyance selon les statuts, les métiers et les spécificités liées aux degrés de risques, de pénibilité et de dangerosité soumis à l'emploi. À titre d'exemple, les métiers de la sécurité intérieure et extérieure subissent des atteintes quotidiennes graves à leur santé, par le fait de violences physiques et psychiques traumatiques subies dans le cadre de leurs emplois au service de la nation et de nos concitoyens.

-) Différents options de garanties doivent être proposés pour tenir compte des spécificités par versants et des grandes catégories de risques selon les métiers.

Dans la même logique, il convient d'anticiper les pathologies et accidents lourds.

Certaines affectations de longue durée (ALD) nécessitent un traitement prolongé et coûteux. Certaines ALD ouvrent droit à la prise en charge à 100% des soins liés à la pathologie. Mais si certaines ouvrent droit à l'exonération du ticket modérateur, d'autres sont non-exonérantes ; les soins dispensés dans le cadre de cette pathologie étant remboursés aux taux habituels.

=) Les coûts supplémentaires particulièrement coûteux (hospitalisation, prises en charge post-traumatiques), non pris en charge, doivent être identifiés et faire l'objet de dispositifs complémentaires.

-) Toujours dans la même logique, nous souhaiterions que pour les différentes offres, soit fournie une analyse catégorielle et genrée des adhésions.

5- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe de transparence.

L'offre des opérateurs est aujourd'hui encore, malgré les améliorations, très opaque. Il est extrêmement difficile de pouvoir comparer les offres pour les employeurs et qui plus est pour les agents. Nous souhaitons que soient élaborés des « cahiers des charges rigoureux des socles de prestations et de services » minimum attendus (optique, etc.), quelle que soit la forme choisie (référencement, labellisation, matché public...). Ces cahiers seront communiqués aux

opérateurs afin qu'ils puissent proposer leurs offres (sur cette base... voire en mieux) et que les employeurs puissent choisir en connaissance de cause.

-) Des cahiers des charges préalables permettant la comparabilité des offres doivent être élaborés et déclinés :

- un cahier des charges commun minimum aux trois versants pour la complémentaire santé et un autre pour la couverture prévoyance ;

- sur cette base, des cahiers des charges offrant des possibilités supplémentaires aux opérateurs dans le cadre de la nécessaire déclinaison de ces cahiers dans les différents versants, ministères et employeurs.

-) Nous sommes également favorables à la définition d'une offre minimale pour réguler la concurrence des offres. Mais pas d'une offre maximale afin de laisser aux prestataires concurrents la possibilité de se différencier.

6- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe de qualité.

Qualité dans les modalités de choix des opérateurs

Le dispositif de référencement a montré plus que ses limites. Pour les ministères qui s'y sont engagés, les prestations sont médiocres et l'attractivité plus que relative au regard des coûts d'adhésion. Pour certains agents, rien n'existe. Globalement, les coûts de gestion de la PSC représentent environ 30% des coûts globaux des opérateurs ; un montant bien trop élevé tant en soi, qu'au regard du principe de redistribution vers les prestations attendues par les agents.

-) De ce fait, la fédération des SP CFE-CGC est favorable aux voies ouvertes par la labellisation et l'appel d'offre par marchés publics. Dans cette perspective, la garantie d'un socle minimum de prestations ne doit pas empêcher les opérateurs de proposer une offre majorée, et au contraire même.

-) De même, l'introduction de clauses de saine gestion et de lisibilité sur les coûts de gestion de l'opérateur dans les clauses de labellisation et autres semble s'imposer.

Qualité du panier de soin (plancher / plafond des prestations proposées par les opérateurs) pour la complémentaire santé.

À défaut d'un panier suffisamment attractif, les effets pervers seront très nombreux. Des agents seront amenés à surcotiser pour bénéficier de garanties supplémentaires ou

complémentaires, voire adhérer à deux mutuelles par exemple. À l'arrivée, parce qu'ils seraient obligés de prendre la complémentaire de leur employeur et que celle-ci n'est pas attractive, ils risquent de dépenser plus que nécessaire et voir amoindrir leur pouvoir d'achat.

De même, un panier peu attractif n'aura d'autres conséquences qu'un désintérêt majeur et massif des agents, totalement contraire à l'esprit de la loi et aux intérêts de tous.

7- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe éthique.

La proposition d'adhésion de centaines de milliers, voire de millions d'adhérents nouveaux pour les opérateurs ne peut être sans conséquence sur le marché. Des regroupements de mutuelles sont envisageables, des propositions de très grosses centrales étrangères également. Des « mieux-disant » financièrement pourraient être choisis alors même qu'ils ne représentent pas forcément les valeurs auxquelles tant la République que nous-mêmes sommes attachés.

De plus, ils pourraient également être retenus sur une base financière alors même que la qualité de leur suivi administratif, par exemple, ou de trop nombreuses complexifications voire chicaneries aux remboursements et prises en charge pourraient se faire au détriment des agents.

-) De ce fait, nous souhaitons que soient intégrés des valeurs du type mutualisation, éthique, solidarité, etc. aux offres qui seront faites, sans obérer bien évidemment le caractère financier.

8- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe de continuité.

Les situations des agents sont extrêmement diverses. Certains bénéficient de complémentaires, de prévoyances ou pas. Certains adhèrent ou pas à un contrat collectif. Le passage d'un système à un autre crée toujours des « laissés-pour-compte » ou des personnes qui, sous un prétexte ou un autre, ne bénéficient plus des prestations de l'un sans pour autant bénéficier des prestations de l'autre.

-) Des mécanismes compensatoires de prise en charge des cotisations, ainsi que des garanties de remboursements et autres dans les périodes transitoires doivent être prises.

9- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe d'élargissement.

-) Nous proposons qu'à la dimensions santé / prévoyance soit ajouté un dispositif de retraite complémentaire collective, comme cela se fait pour le secteur privé (PERCO).

10- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe de sécurité des financements.

-) Nous souhaitons connaître les modalités de financement de la participation des employeurs. Il nous semble difficile de garantir la mise en place de cette réforme si des lignes budgétaires n'y sont pas dédiées et les sources de leur alimentation clairement identifiées.

11- La fédération des SP CFE-CGC est attachée à un principe de précaution.

L'adhésion à une complémentaire ou à une prévoyance prendra effet à une date donnée. Or les agents publics ont tous un historique de santé. Parfois lourd. Sera-t-il pris en compte ou pas ? En aucun cas, il ne faudrait, parce qu'ils sont amenés à changer de mutuelle ou prendre une prévoyance, les conséquences d'un accident ou d'une maladie antérieure à la date d'adhésion, ne soient pas prises en charge.

Une extrême vigilance doit être portée à ce point. Y aura-t-il ou pas un questionnaire de santé à l'adhésion ? Y aura-t-il ou pas exonération des affections préalables à l'adhésion ? Il est évident que cela n'aurait aucun sens d'imposer une complémentaire à un agent qui se verrait priver des prises en charge les plus essentielles. À l'inverse si une complémentaire ou une prévoyance est soucieuse d'un équilibre financier, il est, par définition même, global. Autrement dit, cela fait partie « du jeu » que certains agents reviendront plus cher à l'arrivée pour la complémentaire. C'est le principe même de la mutualisation.

-) Nous souhaitons que l'adhésion, tant pour la complémentaire que pour la prévoyance, moyennant une éventuelle période de transition, se fasse sans questionnaire médical et que soient prises en charge toutes les affectations même si elles ont été initiées antérieurement à l'adhésion.

-) Nous rappelons également l'impérative nécessité du respect total de la confidentialité des données médicales (dossier médical...) vis-à-vis de l'employeur.

12- En complément, une attention particulière à porter aux offres dites « globales » aujourd'hui proposées par nombre d'opérateurs.

Nous souhaitons attirer l'attention sur le fait que de très gros opérateurs historiques proposent une offre globale (les mutuelles par exemples) qui couvrent aussi bien la santé, que de la prévoyance, de l'action sociale et bien d'autres choses encore.

En définissant un socle restreint de prestations liées à la complémentaire santé et à la couverture prévoyance, toutes ces prestations risquent de disparaître.

À simple titre d'illustration, nous évoquerons le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS).

La FPH justifiera à ce propos une réflexion spécifique. Le CGOS est en effet l'opérateur unique gérant l'action sociale en faveur des personnels (agents en activité ou retraités) des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux, excepté ceux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et les praticiens hospitaliers.

Pour rappel, l'article 44 de la loi de janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière prévoit le principe de gratuité des soins et des médicaments pour les agents de ce versant et leur famille.

Or, l'offre est globale et très imbriquée à d'autres actions dans certains établissements. Nous énumérons les principaux pour mesurer les effets : aides à l'Éducation, aux études et à la formation ; politique d'aide aux frais de garde (crèche, garderie, assistante maternelle...), sachant que le personnel de la FPH est à 80 % féminin et à horaires décalés ; prestation "Enfant handicapé" ; prestations liées à la protection ----- dans la FPH, en cas de maladie, les agents perçoivent leur traitement à taux plein pendant les trois premiers mois, ensuite la moitié du traitement les trois mois suivants. Le CGOS comble le différentiel. ----- ; congé de solidarité familiale pour accompagnement d'une personne en fin de vie ; prestations loisirs et vacances ; offre culturelle et de loisirs ; politique d'aide au logement par le biais du fonds social logement (FSL) du CGOS, pour aider au financement des projets collectifs des établissements en matière de logement social, de crèches et de haltes-garderies afin de faciliter le recrutement des personnels de santé ; chèque emploi service universel ; aides aux retraités avec la prestation "Départ à la retraite" et soutien financier aux retraités ayant de faibles ressources, etc.

À noter que nombre de collectivités territoriales de la FPT adhèrent également au Centre National d'Action Sociale (CNAS). Les prestations sont moins étendues que le CGOS.

Au-delà de ces deux exemples, le principe est qu'une grande attention devra être portée à tous ces organismes qui offrent des prestations imbriquées les unes aux autres (santé, prévoyance, soutien, action sociale...). Tous ces équilibres vont être mis à mal.

Il importe d'être extrêmement vigilant à ce que, à l'arrivée, les agents ne perdent pas tant en pouvoir d'achat qu'en termes de prestations de toutes sortes, parce qu'ils sont obligés de surcotiser, d'adhérer à plusieurs organismes, parce qu'ils abandonnent certaines protections et droits.

Pour conclure.

Compte tenu de l'impérative nécessité d'avancer vite, nous ne proposons pas de modifications sur la feuille de route.

Nous souhaitons simplement que nos observations soient prises en compte et qu'une adaptation de la feuille de route, selon nécessités, reste possible au long de sa mise en œuvre.

Nous souhaitons rappeler que cette contribution fédérale s'inspire des principes fondamentaux et identitaire à notre esprit syndical : des principes d'égalité, d'équité et de solidarité envers tous les agents travaillant pour les services publics.

Sur les trois versants, la liberté de choix doit permettre une adaptabilité en transparence des dispositifs proposés, pour garantir une prise en compte spécifique de certains métiers dans le respect de la pluralité des missions.

La qualité des offres doit répondre aux valeurs éthiques de la République et permettre à ceux qui disposent de droits acquis tant en santé qu'en prévoyance, une continuité dans la perception. L'élargissement des dispositifs à de nouveaux mécanismes intergénérationnels est un point majeur de cet aspect qualitatif.

Enfin, dans un souci de pérennité, la sécurisation du financement de la protection sociale complémentaire doit être totalement transparente est effective.

Je vous prie de recevoir, Madame la Ministre, mes très respectueuses salutations.

Nathalie MAKARSKI

Présidente de la fédération des Services Publics CFE-CGC