

LIVRE BLANC

SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL DES AGENTS TERRITORIAUX

ÉTAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS







LA MNT EN BREF

1^{re} mutuelle de la fonction publique territoriale en santé et en prévoyance

UNE MUTUELLE GÉRÉE PAR LES TERRITORIAUX SELON LES PRINCIPES DÉMOCRATIQUES DE LA MUTUALITÉ

84 sections mutualistes locales réparties sur l'ensemble du territoire.

1630 délégués des adhérents, bénévoles mutualistes et territoriaux, élus par les adhérents.

9000 correspondants en collectivités locales.

UNE MUTUELLE DÉDIÉE AUX AGENTS DES SERVICES PUBLICS LOCAUX

La Mutuelle Nationale Territoriale, première mutuelle de la fonction publique territoriale, est gérée par et pour les agents, selon les principes démocratiques de la mutualité.

Elle s'engage, depuis plus de 50 ans, pour l'accès à la santé de tous les agents territoriaux, par le biais d'une protection sociale solidaire et responsable.

Elle participe à développer une meilleure connaissance de l'environnement des services publics locaux et contribue aux réflexions sur leurs perspectives en partageant son expertise.

Près de
800000
adhérents en santé
et en prévouance

Plus de

1,1 million
de personnes
protégées

Au service de

18 000

collectivités
territoriales

Une enveloppe de 4,41 millions d'euros pour

la solidarité



En janvier 2016, la MNT a créé avec SMACL Assurances, Territoires d'avenir, le pôle mutualiste des services publics locaux.

Depuis le 13 septembre 2017, la MNT est membre du groupe VYV, premier groupe mutualiste de protection sociale, qui couvre plus de 10 millions de personnes.

SOMMAIRE



Alain GIANAZZA, Président général de la Mutuelle Nationale Territoriale



1. ÉTAT DE SANTÉ DÉGRADÉ DES TERRITORIAUX Constat et enjeux



2. LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE **DES TERRITORIAUX**

P. 10 Analyse et préconisations

3. POUR RENFORCER LA PRÉVENTION ET LE MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

Partage de bonnes pratiques et préconisations

4. SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS ET DES BONNES PRATIQUES

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE IFOP-MNT



Alain GIANAZZA.

Président général de la Mutuelle Nationale Territoriale



La MNT plaide pour le renforcement de la protection sociale complémentaire et des démarches de mieux-être au travail dans la fonction publique territoriale.

En France, les services publics de proximité, rendus par les agents territoriaux, occupent une place particulière.

Le modèle de société français est fondé sur la mise en commun et la mutualisation de fonctions collectives. Cela explique le sentiment particulier des Français vis-à-vis de leur service public de proximité: loin d'adopter seulement une posture consumériste à son égard, ils font preuve d'un réel attachement à celui-ci (83 % des Français se déclarent attachés aux différents services publics de proximité)⁽¹⁾. Les agents territoriaux, qui mettent en œuvre quotidiennement ces services au public, ne sont pas en reste : ils sont considérés comme utiles au quotidien par plus de 8 Français sur 10⁽²⁾.

La question de la santé de ces agents et de leur bien-être au travail est donc décisive à double titre. Il s'agit, en premier lieu, d'un enjeu de santé publique : les agents territoriaux sont près de 1,9 million sur tout le territoire. Il est également question d'assurer la qualité des services rendus au public, dans un contexte difficile pour les agents alors même qu'ils restent particulièrement fiers d'exercer ces missions.

Pourtant, la santé et le bien-être au travail des territoriaux se dégradent. Cette réalité, très palpable sur le terrain, est largement confirmée par les chiffres. Face aux mutations profondes de l'organisation territoriale, à l'émergence de nouvelles attentes visà-vis des services publics de proximité, et alors que les marges de manœuvre budgétaires des collectivités sont contraintes, la pression pesant sur les agents pourrait encore s'accentuer.

Dans ce contexte et six ans après la mise en œuvre du nouveau cadre juridique de la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique territoriale (FPT), la MNT souhaite analyser les déterminants profonds de cette situation. Elle entend également faire des propositions aux pouvoirs publics et accompagner les décideurs locaux dans leur volonté de renverser cette tendance.

La santé et le bien-être au travail des territoriaux se dégradent.
Cette réalité, palpable sur le terrain, est confirmée par les chiffres. 99

Pour mener ce travail, la MNT a souhaité s'appuyer sur l'expertise des acteurs de la fonction publique territoriale, des décideurs locaux mais également sur le vécu des agents. Elle a pour cela interrogé ces parties prenantes.

Elle publie donc ce livre blanc, qui plaide pour le renforcement de la protection sociale complémentaire et des démarches de mieux-être au travail dans la fonction publique territoriale. Il préconise également d'adopter une vision plus transversale de cette question, s'appuyant sur trois volets indissociables : la prévention – qui tend à éviter la survenance des aléas par la réduction des risques – et la protection sociale complémentaire ainsi que la couverture du risque statutaire – qui consistent à anticiper, à mieux gérer et à prendre en charge les conséquences des accidents et maladies qui touchent les agents territoriaux et pénalisent le fonctionnement des services publics locaux.

1 ÉTAT DE SANTÉ DÉGRADÉ DES TERRITORIAUX

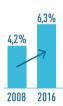
Un constat inquiétant pour les agents, un enjeu pour les collectivités

C'est un constat : depuis plusieurs années, l'état de santé des agents territoriaux et leur bien-être au travail se dégradent.

Cette situation se traduit par une croissance de la durée et de la fréquence des arrêts de travail. Un fort absentéisme qui pèse sur les collègues et les usagers et qui induit d'importants coûts financiers pour les collectivités. Or, ce phénomène pourrait s'amplifier dans les années à venir, les agents territoriaux étant particulièrement exposés aux risques professionnels, cause principale de leur absentéisme. Un contexte d'autant plus préoccupant que les conséquences sont lourdes pour cette population : dans l'ensemble fragile, elle ne bénéficie pas toujours d'une couverture santé et prévoyance complémentaire. Cette situation questionne également la viabilité économique de la couverture du risque prévoyance, aux exigences de garanties lourdes.

ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DES TERRITORIAUX

On observe depuis plusieurs années une forte croissance de la fréquence et de la durée des arrêts de travail de plus de trois mois.



Cela révèle la très forte dégradation de l'état de santé des agents territoriaux. Ainsi, la part des agents territoriaux ayant connu un arrêt de travail de plus de 3 mois est passée de 4,2 % en 2008 à 6,3 % en 2016, soit une hausse de 50 %. Ces arrêts de travail sont également de plus en plus graves : la durée moyenne des arrêts de plus de 3 mois a augmenté de plus de 2 % par an en moyenne ces 5 dernières années⁽¹⁾.

La croissance des arrêts de travail se traduit par une augmentation de l'absentéisme dans les collectivités territoriales : + 26 % entre 2007 et 2015.

59%

Au-delà de ces indicateurs statistiques de maladie, les agents ressentent une dégradation de leur bien-être au travail : en 2017, 59 % des agents territoriaux déclarent que leur niveau de bien-être au travail s'est dégradé (baromètre Gazette-MNT)⁽²⁾. Pour autant, ils sont toujours aussi fiers de travailler au service des usagers : pour près de 8 sur 10 d'entre eux, exercer une mission de service public est une réelle satisfaction⁽³⁾.

Pour les collectivités, cet absentéisme représente des coûts importants, qu'ils soient directs ou indirects.

À court terme, la prise en charge des **indemnités journalières** est la consé-

quence la plus perceptible pour les collectivités (21 428€ en movenne pour une année d'arrêt⁽⁴⁾). Néanmoins. les **coûts indirects**, tels que la perte de productivité, les dépenses en ressources humaines, les suites légales. ou encore la nécessité de mettre en place un suivi particulier auprès des agents, peuvent représenter à moyen terme une somme encore plus importante. Cette situation pèse également sur les collègues en poste, qui doivent faire face à la fois à une surcharge de travail et à la désorganisation du service. In fine, le risque encouru est la dégradation du service rendu aux usagers.

Les agents territoriaux sont particulièrement exposés aux risques professionnels, cause d'absentéisme.

La question des chiffres de l'absentéisme dans le secteur public et de leur analyse fait l'objet de très nombreuses controverses. Nombreux sont les éléments qui complexifient la comparaison entre secteur public et privé, à l'instar des congés maternité, comptabilisés en arrêts maladie dans la fonction publique, mais pas dans le secteur privé.

En tout état de cause, les agents de la fonction publique territoriale sont particulièrement sujets aux arrêts de travail pour raison de santé, y compris en comparaison avec les autres versants de la fonction publique : la part des territoriaux ayant eu au moins un arrêt dans l'année est de 3 points supérieure à celle des autres versants de la fonction publique⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Chiffres MNT.

⁽²⁾ Baromètre MNT-IFOP de septembre 2017 : « Bien-être au travail dans les collectivités ».

⁽³⁾ *Ibia*

^{(4) «} La gestion des RH dans les villes de France », novembre 2016, Sofaxis-La Poste-Villes de France.

^{(5) «} Enquête conditions de travail 2013 ». Dares, DGAFP.

Cette situation s'explique par des faits tout à fait objectifs :

- l'âge moyen élevé des agents territoriaux: près de 47 ans, soit 7 de plus que la moyenne d'âge des actifs en France⁽⁶⁾. Or, l'âge impacte fortement la survenance d'arrêts de travail supérieurs à trois mois⁽⁷⁾;

- la pénibilité des métiers exercés : les agents territoriaux exercent des métiers plus pénibles que la moyenne de la population française. Près de 50 % des territoriaux exercent des emplois de la filière technique⁽⁸⁾, qui sont les plus exposés à la pénibilité (exemple : espaces verts, collecte d'ordures, travaux publics). Les métiers des services à la population sont également nombreux dans la FPT (aides à domicile, agents des EHPAD,

ANS
C'est l'âge moyen
des agents territoriaux



50 %
DES TERRITORIAUX

exercent des emplois de la filière technique métiers de la petite enfance, etc.):

- les conditions de travail particulières liées à l'exercice du service public. Ainsi, le besoin d'immédiateté des usagers ou la nécessité d'assurer la continuité du service public ont des effets sur les conditions de travail des agents. À titre d'exemple, 16,1 % des agents de la fonction publique territoriale déclarent effectuer des astreintes, contre 8,4 % dans le privé⁽⁹⁾.

L'augmentation de la fréquence et de la durée des arrêts de travail **pourrait** s'amplifier dans les décennies à venir du fait de l'évolution de la pyramide des âges et de l'entrée en vigueur progressive du recul de l'âge de départ à la retraite. Or, la sinistralité augmente avec l'âge...



LES AGENTS TERRITORIAUX, UNE POPULATION DOUBLEMENT PÉNALISÉE

En raison notamment du recul progressif des prestations issues des régimes de base gérés par la Sécurité sociale, la protection sociale complémentaire constitue un relais de plus en plus indispensable à l'accès aux soins et au maintien du niveau de vie. Or, les agents publics territoriaux, population dans l'ensemble fragilisée, ne bénéficient pas toujours de cette

Dans le secteur privé, on assiste à une extension de la protection sociale complémentaire.

couverture complémentaire.

En santé, cela s'explique par la mise en œuvre d'un nouveau cadre juridique: depuis la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, la participation de l'employeur à la complémentaire santé est obligatoire à hauteur de 50% au minimum, et se double d'une adhésion obliga-

toire des salariés. En prévoyance, plus de 8 salariés sur 10 déclarent être couverts par au moins une garantie de prévoyance⁽¹⁰⁾.

Dans la fonction publique territoriale, moins de 1 agent sur 2 bénéficie d'une couverture en prévoyance.

Après trois mois d'arrêt maladie, les agents ne perçoivent plus que 50 % de leur traitement. Cette situation est d'autant plus inquiétante que plus de 75 % des agents territoriaux sont issus de la catégorie C, soit trois fois plus que dans la fonction publique d'État à titre d'exemple⁽¹¹⁾. Or, ces agents se caractérisent par des salaires nettement moins élevés.



bénéficie d'une couverture en prévoyance.

RAPPEL

La protection sociale complémentaire permet aux individus de se couvrir en cas de maladie. Elle consiste, d'une part, en la prise en charge d'une partie des dépenses de santé non prises en charge par la Sécurité sociale (complémentaire santé), et, d'autre part, en la prise en charge d'une part de la perte de revenu induite par l'arrêt de travail (prévoyance).



LA REMISE EN QUESTION DE LA VIABILITÉ ÉCONOMIQUE DE LA COUVERTURE DU RISQUE PRÉVOYANCE

Tout système assurantiel par répartition repose sur la **mutualisation** du risque : tous les adhérents cotisent alors que seuls certains sont touchés par le risque.

Dans le cas de la prévoyance, risque peu fréquent mais fort coûteux lorsqu'il se produit, l'exigence est plus lourde encore.

En effet, même si la durée de l'arrêt n'est, par définition, connue qu'au terme de celui-ci, le montant de l'ensemble des prestations doit être provisionné par les cotisations encaissées au cours de la première année de l'arrêt de travail afin d'assurer l'équilibre.

Pour un arrêt maladie de longue durée, l'assureur va ainsi débourser en moyenne 14 315 € pour la simple prise en charge de l'incapacité. Cela oblige à fédérer 80 agents cotisants sans arrêt de travail durant un an, eu

égard au niveau actuel de cotisation (source: MNT). Il est donc nécessaire de **couvrir le plus grand nombre** pour pouvoir indemniser ceux pour qui le risque se réalise.



Au vu de la progression de la sinistralité et de ses perspectives d'évolution, la croissance du **taux de mutualisation** en prévoyance est donc un enjeu décisif pour assurer la pérennité de la couverture du risque.

SYNTHÈSE



L'état de santé et le bien-être des agents territoriaux se dégradent. À ce stade, cette situation n'a pas entamé la fierté des agents à œuvrer pour le service public. Néanmoins, les conséquences de cette évolution sont bien réelles : pour les agents bien entendu, mais aussi pour les collectivités, voire les usagers des services publics de proximité. Cette population fragile est, de plus, fortement exposée en cas d'arrêt de plus de trois mois, car seul 1 agent sur 2 est couvert en prévoyance. La rénovation du cadre juridique de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique territoriale, intervenue en 2011, visait précisément à répondre à cet enjeu.

(8) Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, 2017, DGAFP.

2 LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES TERRITORIAUX

Analyse et préconisations

Si la participation financière des collectivités territoriales est juridiquement sécurisée, le montant moyen octroyé reste cependant globalement faible.

Dans un contexte où 1 agent sur 2 n'est pas couvert en prévoyance et où l'adhésion est facultative, il importe de faire progresser la participation financière des collectivités pour augmenter le nombre d'agents couverts. Comment faire évoluer cette situation insatisfaisante tant quantitativement que qualitativement ? Parmi les préconisations de la MNT : accroître l'information des agents et des décideurs sur le dispositif de participation, favoriser l'accès à la complémentaire par des dispositifs financiers, étendre le champ des garanties en prévoyance pour une couverture minimale satisfaisante pour tous, accroître les mécanismes de solidarité entre actifs et retraités, lutter contre la sous-tarification en prévoyance...

LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES COLLECTIVITÉS : SÉCURISÉE JURIDIQUEMENT, ELLE DEMEURE INSUFFISANTE ET INÉGALE

Le nouveau cadre juridique introduit par la loi du 2 février 2007 et complété par le décret du 8 novembre 2011 (voir encadré) présente l'intérêt d'avoir sécurisé la participation financière des collectivités territoriales à la protection sociale complémentaire (PSC) de leurs agents. Celle-ci ne reposait sur aucun fondement juridique depuis l'abrogation, le 13 juin 2006, de l'arrêté Chazelle⁽¹⁾.

Il a également permis aux **différents acteurs de la PSC de se saisir de cette problématique**, d'où l'accroissement important du nombre de collectivités participant financièrement à la PSC de leurs agents: 69 % des collectivités participent en prévoyance (+ 28 points par rapport à 2010) et 56 % en santé (+ 28 points par rapport à 2010), chiffres IFOP-MNT.

Néanmoins, le montant moyen de participation reste globalement

faible: 11,40 € en prévoyance et 17.10 € en santé, par agent et par mois. Il semble même en recul par rapport à la situation observée en 2013(2). Surtout, il existe une réelle disparité de situations selon les collectivités. avec parfois des montants de participation symboliques, de l'ordre de quelques euros. Globalement. la propension des collectivités à participer croît avec leur taille et celle de leurs effectifs. Les agents des petites collectivités se trouvent donc de fait **défavorisés :** 54 % des collectivités comprenant moins de 10 agents participent en prévoyance, contre 75 % pour celles de plus de 250 agents.

Si en santé la labellisation est majoritaire (62 %), elle ne l'est plus en prévoyance (41 %), alors que le recours aux conventions de participation semble gagner du terrain progressivement (+ 25 points entre 2013 et 2017), selon l'enquête IFOP-MNT.

La participation des collectivités reste faible :

11,40 € en prévoyance 17,10 €

62 %

Santé

LABELLISATION

Prévoyance

41 %

RAPPEL

La loi du 2 février 2007, complétée par le décret du 8 novembre 2011⁽³⁾, a légalisé la participation financière des collectivités territoriales à la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Les collectivités peuvent contribuer financièrement à la PSC de leurs agents selon deux procédures :

- la labellisation confie à l'agent le soin de choisir entre les niveaux de garantie et les organismes qu'il souhaite, parmi un ensemble d'offres jugées solidaires par des prestataires habilités par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution;
- la convention de participation permet d'accorder une aide à un contrat sélectionné par la collectivité au terme d'une procédure de mise en concurrence de contrats devant remplir des conditions de solidarité.

Ce dispositif est considéré par la Commission européenne comme une aide d'État conforme au droit de l'Union, du fait de l'objectif de solidarité qu'il poursuit⁽⁴⁾. À noter que la sécurité juridique du dispositif au niveau européen est incertaine, cette aide d'État n'ayant été notifiée que pour une durée de 5 ans (jusqu'au 10 novembre 2017).

Participation

des collectivités

en prévoyance

et en santé par

rapport à 2010

⁽¹⁾ Arrêté du 13 juin 2006 portant abrogation de l'arrêté du 19 septembre 1962 relatif aux conditions de participation de l'État à la couverture des risques sociaux.

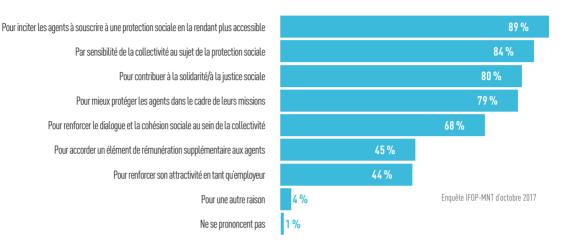
⁽²⁾ Une étude GMV-MNT révélait que la participation moyenne était de 24 euros en santé et 14 euros en prévoyance en 2013.

⁽³⁾ Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique ; décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents. Ce décret a lui-même été complété par quatre arrêtés ministériels. L'ensemble du dispositif a ensuite fait l'objet d'une circulaire (n° RDFB1220789C du 25 mai 2012).

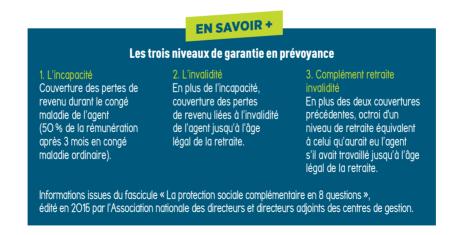
Les motivations de la participation à la protection sociale des agents

Question : Pour quelle(s) raison(s) principale(s) votre collectivité a-t-elle mis en place une participation à la protection sociale de ses agents ?

Base : décideurs déclarant que leur collectivité participe à la prévovance et/ou à la complémentaire santé de ses agents, soit 78 % de l'échantillon



Les motivations des décideurs à la participation financière sont variées et reflètent les multiples bienfaits de la participation financière à la PSC des **agents**. Quelles que soient les motivations évoquées, les décideurs sont globalement satisfaits de la mise en place du dispositif (90 % de satisfaction)⁽⁵⁾.





FAIRE PROGRESSER LA PARTICIPATION DES COLLECTIVITÉS ET LE NOMBRE D'AGENTS COUVERTS

Dans un contexte où 1 agent sur 2 n'est pas couvert en prévoyance et où l'adhésion est facultative, l'enjeu est double : il s'agit d'une part de faire progresser la participation financière des collectivités, et d'autre part de faire en sorte que cela se traduise par l'augmentation du nombre d'agents couverts. La difficulté réside dans le fait que si la participation octroyée par l'employeur a une dimension collective, l'acte d'adhésion est strictement individuel.

Accroître l'information des agents et des décideurs sur la protection sociale complémentaire et le dispositif de participation.

L'information des décideurs locaux demeure aujourd'hui insuffisante: plus des deux tiers des décideurs déclarent ne pas connaître ce nouveau cadre juridique ou partiellement seulement (enquête IFOP-MNT), malgré le travail d'information de proximité mené par les organismes de protection sociale, dont la MNT, qui a bénéficié à 50 % des décideurs locaux (enquête MNT-IFOP). Ce manque d'information concerne encore plus les élus locaux, lesquels sont moins bien informés que leurs services sur ce sujet, et dont l'implication est inégale⁽⁶⁾.

▶ PRÉCONISATION 1

Obligation de délibération annuelle de la collectivité concernant la participation financière à la PSC, en santé 78%
DES DÉCIDEURS
soutiennent l'obligation
de délibération





et en prévoyance. Une telle mesure, soutenue par 78 % des décideurs⁽⁷⁾, inciterait les élus à s'emparer davantage de la question de la participation financière de la collectivité, dans le cas où cette participation demeurerait facultative. Cette obligation existe déjà en matière d'action sociale⁽⁸⁾. Outre l'information des décideurs, il

Outre l'information des **décideurs**, il convient de renforcer celle des **agents**, qui ignorent bien souvent l'insuffisance de leur protection statutaire en matière de prévoyance, ainsi que la participation financière qui peut être accordée par la collectivité. Selon le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, le manque d'information joue un rôle important dans le faible taux de couverture des agents⁽⁹⁾.

PRÉCONISATION 2

Signature par l'agent d'une attestation d'information fournie par l'employeur ou, a minima, d'une liste d'émargement attestant la prise de connaissance des garanties et financements proposés par la collectivité. Ces mesures sont indispensables pour permettre à l'employeur de remplir et de justifier son obligation d'information sur le contrat mis en place.

▶ PRÉCONISATION 3

Prévoir des **référents protection so- ciale complémentaire** dans les grandes collectivités et les centres de gestion pour informer leurs collègues sur cette thématique.

⁽⁶⁾ Rapport du 29 mars 2017 du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale sur les effets du décret du 8 novembre 2011 sur l'accès à la PSC dans la FPT. (7) Enquête IFOP-MNT d'octobre 2017.

⁽⁸⁾ Cette obligation a été introduite par la loi du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale, modifiant l'article 88-1 de la loi du 26 janvier 1984.

[9] Rapport du 29 mars 2017 du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale sur les effets du décret du 8 novembre 2011 sur l'accès à la PSC dans la FPT.



Favoriser l'accès à la complémentaire par des dispositifs financiers à destination des agents et des collectivités.

La contrainte financière est la première raison invoquée par les décideurs locaux (71%) pour expliquer leur non-participation au financement de la PSC de leurs agents⁽¹⁰⁾. Pourtant, les dépenses de protection sociale complémentaire en termes de santé publique et de gestion des ressources humaines des collectivités sont particulièrement vertueuses (voir partie 3). Cela justifie d'inciter les collectivités à engager ces dépenses. Elles sont un réel investissement, non seulement humain, mais aussi financier, générant des économies à long terme.

▶ PRÉCONISATION 4

Considérer la participation financière des collectivités à la protection sociale de leurs agents comme des dépenses d'investissement dans les budgets des collectivités. Cette mesure permettrait aux collectivités de dégager davantage de moyens pour la protection sociale de leurs agents. En effet, les règles financières (11) ainsi que les priorités politiques du gouvernement contraignent fortement les collectivités en matière de dépenses de fonctionnement. De plus, les collectivités bénéficient d'une compensation en TVA sur les dépenses d'investissement (éligibilité au fonds de compensation de la TVA).

▶ PRÉCONISATION 5

Créer un crédit d'impôt universel pour faciliter l'accès à la protection sociale complémentaire.

Concrètement, le crédit d'impôt consiste en la déduction d'une partie du coût de la protection complémentaire du montant de l'impôt sur le revenu de l'agent (ou compensation versée pour les personnes non imposables). Ce dispositif inciterait les agents à souscrire à une couverture complémentaire, sans charge financière pour les collectivités.

En effet, l'adhésion à une complémentaire représente un coût non négligeable pour certains agents de la FPT vulnérables financièrement. Pourtant. le cadre fiscal de la PSC est moins favorable dans la fonction publique que dans le secteur privé. Sur près de 5 milliards d'euros d'aides publiques affectées à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé chaque année, seul 1 % (soit 50 millions d'euros) bénéficie aux 5.6 millions d'agents publics des trois versants de la fonction publique(12). La participation des employeurs aux contrats collectifs du secteur privé est, à titre d'exemple, exonérée de cotisations et déductible d'impôts sur les sociétés, sous certaines conditions(13). Enfin, l'aide à la complémentaire se caractérise par sa complexité : 12 dispositifs distincts existent(14).

À terme, ce crédit d'impôt pourrait même remplacer plus largement de nombreuses aides à la complémentaire versées par l'État à d'autres publics. Cela permettrait d'harmoniser les aides octroyées aux différentes catégories de population face aux inégalités existantes au détriment notamment des retraités, des étudiants et des chômeurs de longue durée, qui ne bénéficient pas actuellement des dispositifs fiscaux avantageux. Il s'agit également de les adapter à l'évolution des formes d'emploi et des carrières. Les aides seraient alors octroyées selon l'emploi ou le statut mais de manière universelle, avec des possibilités d'individualisation selon les revenus.

⁽¹⁰⁾ Enquête IFOP-MNT d'octobre 2017.

^[11] En vertu de la règle de « l'équilibre réel », les sections de fonctionnement du budget des collectivités doivent être à l'équilibre.

⁽¹²⁾ Source HCAAM, MGEN, 2013.

^[13] Rapport IGAS, « les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire », avril 2016.

⁽¹⁴⁾ Ibid.



ACCROÎTRE LA QUALITÉ DE LA COUVERTURE ET LA SOLIDARITÉ AVEC LES RETRAITÉS

Étendre le champ des garanties en prévoyance, pour assurer à tous une couverture minimale satisfaisante.

L'étendue de la garantie est également bien souvent insuffisante. En effet, **les garanties exigées dans les conventions de participation** sont très variables, et elles se bornent souvent à l'incapacité. Pourtant, les conséquences financières de l'invalidité sont plus importantes que celles de l'incapacité pour l'agent, dans la mesure où elle couvre bien souvent une période plus longue.

▶ PRÉCONISATION 6

Mise en place d'un socle de garanties minimales intégrant une couverture de l'incapacité et de l'invalidité à hauteur de 75 %, lorsque l'employeur participe au financement de la prévoyance. Au-delà de ce socle, mise en place d'un cadre collectif national pour assurer un niveau de mutualisation suffisant aux agents qui souhaitent adhérer à des garanties supplémentaires.

En santé, accroître les mécanismes de solidarité entre actifs et retraités.

Depuis la mise en place du décret de 2011, les retraités ne peuvent plus bénéficier de la participation financière de l'employeur. En revanche, les offres labellisées, auxquelles les retraités peuvent souscrire, doivent répondre à des critères de solidarité intergénérationnelle. En santé, le dé-



72% DES RETRAITÉSne savent pas qu'ils peuvent bénéficier des mécanismes de solidarité

cret prévoit également que les retraités peuvent bénéficier de l'offre conclue par la dernière collectivité où ils ont été employés si celle-ci a eu recours à une convention de participation. Dans les faits, ils ne bénéficient pas de ce dispositif car l'information ne leur est pas transmise(15), parfois par omission, souvent volontairement, certains opérateurs ne souhaitant pas assurer ces profils plus risqués. 72 % des retraités ne savent pas qu'ils peuvent bénéficier des mécanismes de solidarité⁽¹⁶⁾, alors même que l'objectif de solidarité est bien celui qui justifie la participation de l'employeur, selon les textes en vigueur⁽¹⁷⁾. Il semble nécessaire d'apporter une régulation supplémentaire, afin que les opérateurs ne cherchent pas à diminuer leur sinistralité en excluant les agents retraités.

▶ PRÉCONISATION 7

Instaurer un dispositif de péréquation entre les opérateurs, par un fonds de solidarité intérgénérationnelle entre les différents opérateurs intervenant en complémentaire santé dans la fonction publique territoriale. Concrètement, il s'agit d'un mécanisme autosuffisant: financé par l'ensemble des opérateurs intervenant sur ce marché en fonction du nombre d'adhérents actifs couverts, il reverse les sommes récoltées aux opérateurs, en fonction du nombre de retraités couverts par une offre minimale garantie solidaire.

^[15] Rapport du 29 mars 2017 du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale sur les effets du décret du 8 novembre 2011 sur l'accès à la PSC dans la FPT.

⁽¹⁶⁾ Enquête GMV-MNT de juillet 2014 réalisée auprès de 501 agents actifs et 101 agents retraités.

^[17] L'article 22 bis de la loi nº 83-634 du 13 juillet 1983 dispose que la participation est « réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre d'une solidarité entre les bénéficiaires actifs et retraités ».

Lutter contre la sous-tarification, source d'insécurité juridique pour les collectivités et de couverture incomplète des agents.

Le risque est insuffisamment tarifé dans de nombreuses conventions de participation. En réponse aux appels à concurrence, la plupart des opérateurs, qui n'ont pas d'expertise spécifique de la fonction publique territoriale, se fondent sur des chiffres movens observés sur l'ensemble de la population. Or. le statut comporte des particularités concernant la définition des arrêts. l'incapacité et l'invalidité. Il est vrai au'une tarification du risque en dessous du taux d'équilibre peut être vue comme un gain financier pour la collectivité à court terme, mais à plus long terme les risques sont importants :

- insécurité juridique du fait des contentieux possibles sur les conditions de modification du contrat;
- remises en cause tarifaires à la fin du contrat ou à sa renégociation :
- couverture restrictive pour les agents. Le statut prévoit des règles spécifiques de couverture de la prévoyance. Ces spécificités sont ignorées par de nombreux opérateurs, qui appliquent les règles du régime général de la Sécurité sociale. En principe, la collectivité peut refuser tout redressement tarifaire réalisé par l'assureur sans raison exceptionnelle⁽¹⁸⁾. Dans les faits, les collectivités acceptent ces redressements, notamment afin d'éviter tout contentieux ou rupture de couverture des agents.

▶ PRÉCONISATION 8

Créer un observatoire de la participation financière des collectivités et des redressements tarifaires en matière de **PSC.** Cela favoriserait la diffusion des bonnes pratiques.

▶ PRÉCONISATION 9

Fournir des statistiques fiables aux opérateurs répondant aux appels à concurrence, afin de s'assurer qu'une tarification correcte du risque soit possible. En effet, les textes réglementaires pourraient davantage détailler les documents statistiques à fournir aux candidats. Dans le cas d'un renouvellement de convention, l'opérateur en place devra fournir davantage d'informations sur la sinistralité passée. Lorsqu'il s'agit d'un premier appel à concurrence, les centres de gestion pourraient fournir des données nationales, révélant un comportement médian de sinistralité par strates de collectivités.

PRÉCONISATION 10

Dans le cadre des appels à concurrence, modifier les critères de choix de l'offre en donnant plus de place à la maîtrise financière. Lors du choix de l'offre, la collectivité note chacune des offres selon un ensemble de critères définis réglementairement (199). Le caractère obligatoire de la pondération de ces critères, ainsi que le renforcement du critère de maîtrise financière (entre 30 et 50 % de la note finale, contre 20 % aujourd'hui), au contenu précisé et renouvelé, apparaît indispensable pour inciter les collectivités à opter pour des offres robustes dans la durée.

▶ PRÉCONISATION 11

En prévoyance, indexer la participation financière des collectivités sur l'évolution tarifaire tout au long du contrat. Il s'agit de créer un intéressement financier des collectivités à l'évolution des cotisations en prévoyance durant la période où cette collectivité est engagée auprès d'un opérateur. L'objectif est d'inciter les collectivités à davantage prendre en compte le critère de la maîtrise financière, sachant qu'une mauvaise maîtrise financière se traduira par des surcoûts pour la collectivité.

^[18] Article 20 du décret nº 2011-1474 du 8 novembre 2011.

^[19] Décret du 8 novembre 2011 et circulaire du 25 mai 2012 relatifs à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.



PARTICIPATION FINANCIÈRE OBLIGATOIRE DES COLLECTIVITÉS : LA BASE D'UN CERCLE VERTUEUX

Si des améliorations peuvent être apportées au cadre juridique dans un contexte de participation financière facultative (préconisations 1 à 10), l'obligation de participation reste la meilleure option pour atteindre les objectifs de solidarité et de protection des agents.

Le caractère facultatif pénalise largement la mutualisation, car, comme dans tout système d'assurance, les personnes les mieux portantes ont tendance à ne pas adhérer. Cela limite le taux de mutualisation, pourtant nécessaire à la mise en place d'un véritable cercle vertueux: accroissement de la mutualisation, baisse du prix de la cotisation, hausse du nombre d'adhérents.

▶ PRÉCONISATION 12

Rendre obligatoire la participation financière des collectivités terri-



toriales à la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Cette obligation se doublerait, pour les conventions de participation, qui réduisent la liberté laissée à l'agent, d'un montant minimal de participation financière de 15€ en santé et 5€ en prévoyance par mois et par agent. Cette mesure peut constituer un véritable déclic : par son effet incitatif réel. elle contribuerait à alimenter l'information auprès des agents et des décideurs sur les bienfaits de la protection sociale complémentaire, et les pratiques vertueuses en la matière. Elle permettrait également de réduire l'écart de traitement avec les salariés du privé, qui bénéficient d'une participation obligatoire de leur employeur à hauteur de 50 % pour toutes les entreprises en santé et dans de nombreuses conventions collectives en prévoyance.

SYNTHÈSE



Le renouvellement du cadre juridique de la protection sociale complémentaire a permis d'accroître et de sécuriser la participation financière des collectivités. Néanmoins, globalement, les deux principaux objectifs ne sont pas atteints: la couverture des agents est insuffisante et le degré de solidarité limité. Face à ce constat, plusieurs ajustements peuvent être réalisés dans le cadre d'une participation facultative des collectivités. Pour autant, l'obligation de participation financière de l'employeur demeure la meilleure solution pour atteindre l'objectif de protection sociale plus complète des agents et un degré plus important de solidarité.



3

POUR RENFORCER LA PRÉVENTION ET LE MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

Partage de bonnes pratiques et préconisations

Si la protection sociale complémentaire vise à mieux anticiper et gérer l'arrêt de travail, d'autres leviers peuvent être utilisés en amont.

Les actions de prévention des risques professionnels et les initiatives de mieux-être au travail, dont l'intérêt fait désormais consensus, demeurent pourtant insuffisamment mises en œuvre. Les collectivités souffrent également d'une vision trop fragmentée entre les thématiques de protection sociale complémentaire, de risque statutaire et de prévention/mieux-être au travail. Pourtant, leur traitement conjoint permettrait de décupler leur impact sur l'absentéisme.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL : DES MESURES EFFICACES ET DE PLUS EN PLUS RECONNUES

Les études montrent que les actions de prévention ont des bienfaits sur la qualité de vie et contribuent donc à réduire l'absentéisme.

La pénibilité des métiers et la difficulté des conditions de travail sont autant de sources de dégradation de l'état de santé ou de bien-être des individus. À titre d'exemple, les personnes exposées à des risques psychosociaux élevés dans le cadre de leur profession sont trois fois plus touchées par l'absentéisme que le reste de la population⁽¹⁾.

Des études engagées ces dernières années tendent à démontrer l'efficacité des actions de prévention, de mieux-être au travail et de retour à l'emploi. Leur bilan économique est largement positif : les coûts évités à moyen terme sont bien supérieurs aux coûts engagés à court terme. Ces actions, agissant sur les causes des arrêts, sont efficaces pour lutter contre l'absentéisme à long terme, et leur retour sur investissement se situe entre 1.2 et 2.5⁽²⁾.

1,2 à 2,5

Retour sur investissement des actions de prévention

À l'inverse, une étude de l'INSEE de novembre 2017⁽³⁾ atteste le caractère contre-productif des mesures de carence sur les arrêts de longue durée.

La réintroduction du jour de carence début 2012 s'est traduite par une baisse des arrêts de très courte durée, mais elle a eu pour conséquence une augmentation des arrêts de longue durée (+ 25 %). En effet, un délai de carence incite l'agent soit à renoncer à s'arrêter, ce qui peut aggraver son état, soit à augmenter la durée de son arrêt pour être certain de sa guérison, face au coût fixe que représente le jour de carence.

La prise de conscience de l'importance des questions de prévention et du mieux-être au travail ainsi que la nécessité de renforcer le cadre juridique semblent désormais partagées par tous.

Les décideurs locaux jugent dans leur quasi-totalité (entre 96 et 99 %) les thématiques suivantes comme importantes dans leur collectivité: sécurité au travail, santé au travail, bien-être des agents, reclassement et maintien dans l'emploi⁽⁴⁾. Il en va de même des agents territoriaux: la promotion de la qualité de vie au travail est la préoccupation première des agents de catégories B et C, devant par exemple le maintien de leur pouvoir d'achat ou encore la stabilisation des effectifs⁽⁵⁾.

Les pouvoirs publics se sont également saisis de la question : le cadre juridique de la prévention et de la santé au travail s'est progressivement renforcé. Spécifique dans la fonction publique, il s'inscrit néanmoins dans

^{[1] «} Les absences au travail des salariés pour raison de santé », DARES, février 2013.

^{(2) «} Prévenir les risques professionnels », Eurogip, février 2017 : rapport produit à partir de nombreuses études fondées sur différents pays, différents métiers et différents modes de calcul du retour sur investissement.

⁽³⁾ INSEE, novembre 2017, « Le jour de carence dans la fonction publique de l'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues ».

⁽⁴⁾ Enquête IFOP-MNT d'octobre 2017.

⁽⁵⁾ Baromètre MNT-IFOP de septembre 2017 : « Bien-être au travail dans les collectivités », question : « Quelles sont d'après vous les actions que votre collectivité (ou établissement) doit privilégier sur 2017-2018 ? »

le même esprit que celui qui s'applique aux salariés du secteur privé: le statut de la fonction publique territoriale tel que rédigé en 1984 fait référence au Code du travail lorsqu'il fixe les obligations de l'employeur⁽⁶⁾. Les mesures devant être prises sont de trois ordres: diagnostic et plan d'action; informa-

tion et formation; ainsi qu'adaptation des moyens et de l'organisation des services.

Progressivement, ce cadre juridique s'est renforcé et a épousé les évolutions de celui du secteur privé, soumettant les collectivités aux mêmes obligations que les employeurs privés.



UNE APPLICATION QUI DEMEURE INSUFFISANTE

La phase de diagnostic reste perfectible tant quantitativement que qualitativement.

Au fondement de l'ensemble de la « démarche » de santé au travail se situe le **document unique d'évaluation des risques**. Introduit en 2001⁽⁷⁾, il vise à classer puis à regrouper au sein d'un support unique les risques professionnels identifiés dans chacune des unités de travail. Il s'agit d'un préalable indispensable à toute démarche de prévention et santé au



travail afin de cibler les besoins et de mener des actions pertinentes.

Pourtant, un nombre réduit de collectivités remplissent leurs obligations juridiques en la matière (mise à jour annuelle du document unique): seuls 37 % des décideurs déclarent que leur collectivité a réalisé et actualisé ce document en 2017⁽⁸⁾. On constate également que ces diagnostics sont d'une qualité variable selon les collectivités, et qu'ils ne se traduisent pas toujours par la mise en place d'actions.

BONNE PRATIQUE: La réalisation du document unique d'évaluation des risques

La réalisation d'un document unique d'évaluation des risques en interne de la collectivité, ou avec l'accompagnement d'un partenaire, est beaucoup plus efficace que le fait d'externaliser entièrement cette production. Selon une étude quantitative récente⁽⁹⁾, on constate que la fréquence et la gravité des maladies professionnelles sont plus importantes dans les collectivités où ce document est réalisé par un cabinet externe. À l'inverse, elles baissent de manière substantielle lorsque les collectivités réalisent ce travail en interne en associant l'ensemble des acteurs, dont les instances paritaires, les agents et différents services de la collectivité. En réalisant un tel travail en interne, les collectivités disposent d'une analyse davantage individualisée, et d'agents mieux sensibilisés et formés à ces questions.

(6) Article 108-1 de la loi nº 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

⁽⁷⁾ Décret nº 2001-1016 du 5 novembre 2001

⁽⁸⁾ Enquête IFOP-MNT d'octobre 2017.

^[9] IRIÁF-Université de Poitiers, 2017. « Analyse quantitative de l'influence des mesures de prévention sur le risque de l'absentéisme au sein des collectivités », L. Anoue Kiki, J. Landreau, M.-H. Depret.

Certains freins restent à lever pour diffuser la culture de la prévention.

Le recensement des freins à la diffusion d'une culture de la prévention et à la mise en place d'actions préventives dans la fonction publique a fait l'objet de nombreux travaux. Le plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique de mars 2017, réalisé en concertation avec les représentants du personnel et les employeurs, a permis de définir des axes d'action pertinents et consensuels. Ce plan repose sur le renforcement du pilotage de la santé au travail, de la médecine de prévention, de la prévention de l'inaptitude, sur l'amélioration de la prévention des risques professionnels et de la prise en compte de la pénibilité, et enfin sur la refonte des procédures des instances médicales de la médecine agréée.

PRÉCONISATION 1

Appliquer pleinement ce plan d'action, en prenant en compte les spécificités de la fonction publique territoriale. En effet, la diversité de tailles, d'environnements ou encore d'organisations implique une approche spécifique de cette question selon les collectivités. La nécessité de former les encadrants de proximité y revêt une importance toute particulière : une étude quantitative récente démontre que la formation des encadrants comme celle des conseillers et assistants de prévention a un impact majeur sur la prévalence et la durée des arrêts de travail(10).

▶ PRÉCONISATION 2

Considérer les dépenses de prévention et de mieux-être au travail engagées par les collectivités comme des dépenses d'investissement. De la même facon que l'ensemble des dépenses ayant un impact sur le patrimoine physique de la collectivité est imputé à la section d'investissement⁽¹¹⁾, les dépenses de prévention et de mieux-être au travail, alimentant le « capital immatériel » de la collectivité, pourraient y être rattachées. Outre leur efficacité économique empirique (cf. supra), elles peuvent être qualifiées d'investissements car elles enrichissent le «capital humain » de la collectivité, au sens économique du terme. Dans un contexte budgétaire contraint pour les collectivités, une telle mesure les inciterait à investir ce domaine et à participer financièrement à la protection sociale de leurs agents (cf. infra).

▶ PRÉCONISATION 3

Développer les fonds de financement des dépenses des collectivités visant à améliorer la santé et la qualité de vie au travail de leurs agents. Connaissant l'effet d'entraînement d'une participation de l'État aux projets des collectivités, cette mesure aurait un effet incitatif réel. Concrètement, il s'agirait de créer un fonds spécifique ou de rendre éligibles ces dépenses à un fonds existant, tel que le « fonds de modernisation ». Composante de la Dotation de soutien à l'investissement local (DSIL), créée récemment⁽¹²⁾, ce fonds vise, à ce stade, à soutenir les communes et EPCI qui se sont engagés à maîtriser leurs dépenses de fonctionnement, notamment en modernisant et en mutualisant leurs services administratifs.



BONNES PRATIQUES : DES ACTIONS CIBLÉES À MENER EN FONCTION DES BESOINS IDENTIFIÉS

Pénibilité et évolution des conditions de travail, transformation des métiers, vieillissement des agents, contraintes liées aux obligations de service public (astreintes, travail le dimanche, etc.): la diversité des enjeux rencontrés dans la fonction publique territoriale et les actions à mettre en place sont multiples.

conditions de travail. Elles visent à prévenir les risques encourus par l'agent dans le cadre de son activité professionnelle ou à accompagner l'agent dans son maintien ou son retour à l'emploi.

La prévention des risques professionnels.

Ces actions très diverses occupent une place importante: lutte contre les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les troubles psycho-sociaux, ou encore réorganisation des postes ou des

À SAVOIR

Alors que 92 % des maladies professionnelles sont liées aux TMS selon la CNRACL⁽¹³⁾, seul 1 décideur local sur 2 déclare avoir mis en place des actions de prévention sur le sujet dans sa collectivité⁽¹⁴⁾.

BONNE PRATIQUE: Lutte contre les troubles musculo-squelettiques (TMS)

La commune de Saint-Sébastiensur-Loire (Loire-Atlantique) a constaté en 2013 une recrudescence des arrêts de travail liés aux troubles musculo-squelettiques chez les agents du service espaces publics. Après un travail d'analyse, elle a mis en place des actions spécifiques. La ville a reçu le premier prix du « Prix santé et mieux-être au travail 2017 » pour cette initiative innovante.

Entretien avec sa directrice générale adjointe, Corinne Latarche

Quelle est l'origine de la démarche?

CL: Notre groupe de travail prévention a fait le constat de la hausse des arrêts pour cause de TMS chez les agents des espaces publics et (...) remarqué également que les formations généralistes donnaient des résultats insuffisants. Nous avons alors monté un partenariat avec l'école de kinésithérapie de notre ville avec un double objectif: réduire les TMS des agents et proposer aux élèves de l'institut un stage de terrain avec un ergonome comme pilote de l'action.

Quel a été l'impact de votre démarche sur les agents?

CL: Depuis octobre 2014, nous avons mené plusieurs types d'action pour sensibiliser les 42 agents du service à la santé au travail. Nous avons déjà constaté la réduction de 34 % du nombre d'arrêts de longue durée. Ces résultats nous ont incités à étendre ces actions à d'autres services: dès 2016, les services restauration, hygiène et propreté ont été concernés.

Les actions favorisant le mieuxêtre des agents.

Souvent perçues comme des thématiques liées à la sphère privée, la nutrition, l'activité physique, la lutte contre les pratiques addictives et l'hygiène de vie en général représentent des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail et de gestion des ressources humaines. Concernant la **promotion de l'activité physique**,



il s'agit de remédier au développement de la sédentarité, reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une cause majeure de maladies et d'incapacité. Une étude française réalisée en 2016 montre ainsi qu'un collaborateur sédentaire commençant la pratique d'une activité physique et sportive améliore sa productivité de 6 % à 9 %⁽¹⁵⁾.

BONNE PRATIQUE: Activités physique et sportive

Alors que certaines collectivités ont fait le choix de mettre en place des primes de présentéisme, la Ville de Poissy a opté pour une démarche fondamentalement distincte: proposer à ses agents des activités physiques sur leur temps de travail, afin d'améliorer leur bien-être. La commune a enregistré une baisse significative de l'absentéisme.

Témoignage de Karl Olive, maire de Poissy

« L'absentéisme à Poissy atteignait 20 jours par agent et par an, soit 2 millions d'euros. Il devenait donc urgent d'améliorer leurs conditions de travail. »

« À partir de janvier 2017, nous avons mis en place le dispositif "Poissy bien-être" qui permet aux agents de pratiquer deux heures de sport sur leur temps de travail. Ce pari était osé mais il s'est révélé être un formidable outil de cohésion sociale. Les sports proposés sont des activités "douces", pratiquées à 16 créneaux horaires sur la semaine. Il n'y a aucune obligation pour l'agent d'y participer. Le dispositif ne provoque pas d'imputation financière à la Ville puisqu'il est encadré par les diplômés d'État de la ville de Poissy. Il a été validé par les organisations syndicales, présenté en conseil municipal, et validé par la Caisse primaire d'assurance maladie. »

« On constate déjà une diminution de 750 jours sur les arrêts de courte durée, correspondant à 100 000 €, soit 3 équivalents temps plein. Et cela 11 mois seulement après la mise en place de ce programme! »



LA NÉCESSITÉ D'UNE APPROCHE UNIQUE INTÉGRANT PRÉVENTION, MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL, PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE ET COUVERTURE DU RISQUE STATUTAIRE

Les questions de couverture santé, de prévoyance, de prévention, de mieuxêtre au travail et de couverture du risque statutaire sont largement liées.

Elles s'inscrivent toutes dans une même optique: améliorer la santé et le bien-être des agents, diminuer l'absentéisme et apporter de la reconnaissance aux agents, ou encore diminuer la sinistralité.

Pourtant, on constate bien souvent une fragmentation dans le traitement de ces différentes questions. Cette dichotomie se traduit notamment par le manque de concertation entre les acteurs intervenant sur ce champ (direction des ressources humaines, instances paritaires, préventeurs, assureurs complémentaires, assureurs statutaires, et éventuellement cabinets externes). Or, une étude quantitative démontre que l'association à la ges-

tion des arrêts et à la démarche de prévention des assureurs permet de faire baisser très significativement la fréquence des arrêts de travail⁽¹⁶⁾ comme leur durée. Ce constat ne détonne pas avec les habitudes observées dans le secteur privé, où les contrats collectifs de complémentaire santé peuvent être régulièrement accompagnés d'un volet prévention-santé au travail

RAPPEL

L'assurance du risque statutaire des collectivités est la couverture des charges financières qui résultent d'incidents affectant les agents, c'est-à-dire la part des indemnités pour arrêt de travail versée par la collectivité.



Protection du risque statutaire

BONNE PRATIQUE: Une approche transverse prévention/prévoyance/ accompagnement des agents, qui associe l'ensemble des acteurs

Le Centre de gestion du Rhône et de la Métropole de Lyon (CDG69) et la MNT, qui assurent la couverture en prévoyance des agents des collectivités adhérentes aux conventions de participation en santé et prévoyance portées par le CDG69, ont uni leurs efforts pour mieux suivre et accompagner les agents en arrêt de travail.

Une démarche partenariale de pilotage du risque a été mise en place : le service médical de la MNT identifie, au vu du dossier médical, les agents devant être accompagnés dans leur reprise d'activité. Il rend l'agent acteur de ce processus de retour à l'activité : identification conjointe des problématiques rencontrées, mise en place d'actions variées selon les besoins identifiés (soutien psychologique pris en charge par la mutuelle...). Cette démarche permet de fluidifier le dialogue entre l'ensemble des acteurs. dans le respect du secret professionnel : centre de gestion. médecins de prévention, médecine statutaire, direction des ressources humaines, assistantes sociales... Par une telle démarche de pilotage transversal du risque. le CDG69 entend améliorer la santé des agents et réduire la survenance d'arrêts. Ce suivi étroit des agents permet d'identifier les problématiques particulières rencontrées dans la collectivité et de déployer des actions de prévention adaptées aux risques spécifiques identifiés afin de limiter, en amont la survenance des arrêts

Les instances médicales de la fonction publique pourraient être optimisées dans leur fonctionnement pour assurer une meilleure transversalité et une plus grande fluidité.

La complexité administrative⁽¹⁷⁾ de ces instances, la multiplicité des acteurs ou encore les « exigences formelles trop importantes » limitent leur efficacité et leur réactivité. Ce constat, confirmé par un récent rapport inter inspection⁽¹⁸⁾, fait l'objet de préconisations dans le plan pluriannuel, cité page 21. De plus, ces instances pourraient s'intéresser davantage aux conditions d'accompagnement et de retour à l'emploi des agents en arrêt.

PRÉCONISATION 1

Resserrer les liens entre les services ressources humaines et les instances médicales. Des cadres de dialogue avec les services RH permettraient de faciliter un accompagnement des agents en temps et en heure, en amont même du passage en instance médicale. Le rapport inter inspection propose ainsi la création de **comités locaux** «s'appuyant sur des personnes ressources (19)», pour conseiller les différents acteurs.

RAPPEL

Ces instances examinent les cas individuels liés à la santé au travail. Ainsi, les comités médicaux départementaux, composés de professionnels de santé, sont consultés pour l'octroi et le renouvellement des congés longue maladie ou longue durée, la prolongation des congés maladie au-delà de six mois, le reclassement des agents ou encore l'aménagement des conditions de travail des agents en congé ou en disponibilité.

^{[17] «} Évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales de la fonction publique », rapport IGA-IGF-IAGENR, mars 2017.

⁽¹⁸⁾ Ibid.

⁽¹⁹⁾ Ibid.



SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS ET DES BONNES PRATIQUES



PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE (PSC) DES AGENTS TERRITORIAUX

ACCROÎTRE L'INFORMATION DES AGENTS ET DES DÉCIDEURS

PRÉCONISATION 1

A minima, en cas de maintien du caractère facultatif de la participation financière des collectivités, obligation de délibération annuelle des collectivités sur le sujet.

PRÉCONISATION 2

Signature par l'agent d'une attestation d'information fournie par l'employeur ou, a minima, d'une liste d'émargement attestant la prise de connaissance des garanties et financements proposés par la collectivité.

PRÉCONISATION 3

Prévoir des référents protection sociale complémentaire dans les grandes collectivités et les centres de gestion.

CRÉER DES DISPOSITIFS FINANCIERS INCITATIFS

PRÉCONISATION 4

Considérer la participation financière des collectivités à la protection sociale complémentaire comme une dépense d'investissement dans les budgets locaux.

PRÉCONISATION 5

Créer un crédit d'impôt universel pour faciliter l'accès à la protection sociale complémentaire, face à l'iniquité du cadre fiscal selon les publics visés.

ASSURER À TOUS UNE COUVERTURE MINIMALE SATISFAISANTE EN PRÉVOYANCE

PRÉCONISATION 6

Mettre en place un socle de garanties minimales intégrant une couverture de l'incapacité et de l'invalidité à hauteur de 75%. Au-delà de ce socle, prévoir un cadre collectif national pour assurer un niveau de mutualisation suffisant.

ACCROÎTRE LES MÉCANISMES DE SOLIDARITÉ ENTRE ACTIFS ET RETRAITÉS EN SANTÉ

PRÉCONISATION 7

Instaurer un dispositif de péréquation entre les opérateurs par un fonds de solidarité intergénérationnelle, financé par les opérateurs intervenant sur le marché

LUTTER CONTRE LA SOUS-TARIFICATION DANS LES CONVENTIONS DE PARTICIPATION

PRÉCONISATION 8

Créer un observatoire de la participation financière des collectivités et des redressements tarifaires en matière de protection sociale complémentaire.

PRÉCONISATION 9

Fournir des statistiques fiables aux opérateurs répondant aux appels à concurrence en prévoyance.

PRÉCONISATION 10

Donner plus de poids au critère de maitrise financière lors de l'examen par les collectivités des offres répondant aux appels à concurrence.

PRÉCONISATION 11

En prévoyance, indexer l'évolution de la participation financière des collectivités sur l'évolution tarifaire.

RENDRE OBLIGATOIRE LA PARTI-CIPATION FINANCIÈRE À LA PSC

PRÉCONISATION 12

Obligation de participation financière des collectivités à la PSC de leurs agents (minimum 5 € en prévoyance et 15 € en santé, en cas de convention de participation).



PRÉVENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

LEVER LES FREINS À LA DIFFUSION D'UNE VÉRITABLE CULTURE DE LA PRÉVENTION

BONNE PRATIQUE

Réaliser un document unique d'évaluation des risques en interne, au sein de la collectivité, ou avec un partenaire est beaucoup plus efficace que de l'externaliser.

PRÉCONISATION 1

Appliquer pleinement le plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique (mars 2017) en prenant en compte les spécificités de la fonction publique territoriale.

INCITER FINANCIÈREMENT LES COLLECTIVITÉS À MENER DE TELLES ACTIONS

PRÉCONISATION 2

Considérer les dépenses de prévention et de mieux-être au travail comme des dépenses d'investissement dans le budget des collectivités.

PRÉCONISATION 3

Accroître les moyens octroyés aux collectivités pour engager de telles dépenses, par exemple en les rendant éligibles au « fonds de modernisation », composante de la dotation de soutien à l'investissement.

DES ACTIONS CIBLÉES À ADAPTER EN FONCTION DES BESOINS ET RESSOURCES IDENTIFIÉS

BONNE PRATIQUE

Mener des actions de prévention en s'appuyant sur les ressources du territoire. Exemple du partenariat avec l'école de kinésithérapie à Saint-Sébastien-sur-Loire.

BONNE PRATIQUE

Favoriser la pratique de l'activité physique en proposant aux agents de telles activités sur leur temps de travail. Exemple de la ville de Poissy.

PILOTER DE MANIÈRE TRANSVERSALE LES QUESTIONS DE PSC, DE COUVERTURE DU RISQUE STATUTAIRE ET DE MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

BONNE PRATIQUE

Une approche transverse prévention, prévoyance et accompagnement des agents, qui associe l'ensemble des acteurs. Exemple du Centre de gestion du Rhône.

PRÉCONISATION 1

Resserrer les liens entre les services ressources humaines des collectivités et les instances médicales, par exemple en créant des comités locaux s'appuyant sur des personnes ressources qui pourraient être mobilisées pour conseiller les différents acteurs.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE[®] IFOP-MNT

SUR LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE ET LE MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL DANS LES COLLECTIVITÉS

Six ans après la rénovation du cadre juridique de la PSC dans la fonction publique territoriale⁽²⁾, l'IFOP et la MNT ont interrogé en octobre 2017 les décideurs, élus et administratifs, pour faire le bilan de cette évolution.

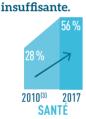






ÉVOLUTION DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES COLLECTIVITÉS À LA PSC

La part des collectivités participant est en hausse mais reste





La propension des collectivités à participer financièrement croît avec leur taille et leurs effectifs. À titre d'exemple, 54% des collectivités comprenant moins de 10 agents participent en prévoyance, contre 75% pour celles de plus de 250 agents.

Le montant moyen de participation mensuel semble avoir diminué depuis 2010 (-6 € en santé et en prévoyance entre 2010 et 2017) et reste globalement faible.

17,10 €
EN SANTÉ
11,40 €

Le nouveau cadre juridique demeure flou dans l'esprit des décideurs locaux.

La méconnaissance du dispositif est bien plus importante chez les élus (27 % d'entre eux) que chez les administratifs (10 %).



DES DÉCIDEURS
NE CONNAISSENT PAS
OU MAL LE DISPOSITIF



LES MODALITÉS DE PARTICIPATION FINANCIÈRE À LA PSC

LA PROCÉDURE DE LABELLISATION DEMEURE MAJORITAIRE EN SANTÉ, CE N'EST PLUS LE CAS EN PRÉVOYANCE





ALORS QU'EN SANTÉ PLUS DES **2/3 DES COLLECTIVITÉS**

ayant opté pour une convention de participation ont été accompagnées pour sa mise en place, seule la moitié l'a été en prévoyance (53%). ENTRE 2013 ET 2017, LE RECOURS AUX CONVENTIONS DE PARTICIPATION EST EN HAUSSE DE

+21 pts



MOTIVATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DU CADRE JURIDIQUE DE LA PSC

Les décideurs locaux mettent en avant des facteurs relatifs à la justice sociale et à la protection de leurs agents, les motivations relatives à la gestion des ressources humaines apparaissant au second plan.

71% des décideurs

invoquent le manque de moyens financiers comme première raison de non-participation à la PSC



98%

Satisfaits de cette démarche à 98 %, les décideurs sont favorables à l'approfondissement des mesures relatives à la PSC :

89% a plus d'information à destination des agents

et des décideurs sur la PSC

à l'obligation pour les collectivités de délibérer sur

leur participation à la PSC

à l'obligation de participation financière des collectivités à la PSC de leurs agents en santé et prévoyance



ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

Les décideurs locaux instaurent un nombre croissant d'actions relatives à la prévention et au bienêtre au travail.

+ de 90 %
DES DÉCIDEURS⁽⁴⁾

jugent importantes les thématiques abordées

La formation des agents, action la plus fréquente (réalisée par 80 % des décideurs), est davantage mise en place qu'auparavant (+5 points par rapport à 2010).

37 %
DES DÉCIDEURS

remplissent leurs obligations juridiques en ayant un document unique d'évaluation des risques à jour en 2017 Les réponses des décideurs moins impliqués démontrent un besoin d'accompagnement. Le manque de moyens humains (75%) ou l'incapacité à trouver des acteurs pour les guider (20%) sont mis en avant. L'absence de réflexion sur le sujet (58%) et le coût des actions (38%) sont aussi des freins invoqués.

Les décideurs sont largement favorables à ce que le cadre juridique incite davantage les collectivités à mettre en œuvre des actions de prévention et de mieux-être au travail (87%).

^[1] Cette enquête a été réalisée par téléphone auprès d'un échantillon de 302 étus et administratifs (126 directeurs généraux des services et adjoints, 116 présidents d'exécutif local ou étus de collectivité, 60 directeurs ou responsables des ressources humaines) représentatif des collectivités territoriales, selon la méthode des quotas, entre le 9 et le 16 octobre 2017.

^[2] Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

⁽³⁾ L'ensemble des chiffres datés de 2010 sont tirés d'une enquête IFOP-MNT d'octobre 2010, menée par téléphone auprès d'un échantillon de 401 décideurs, représentatif des collectivités territoriales.

(4) Les décideurs ont été interrogés sur sept thématiques : sécurité au travail, santé au travail, bien-être des agents, reclassement et maintien dans l'emploi, productivité des agents, lutte contre l'absentéisme et prise en compte des situations de handicap.

Retrouvez toutes les informations autour du livre blanc sur **www.utileauquotidien.fr**



