

## Dossier

Ont réalisé ce dossier : Marlène Babarczy, Charles Bartolo, Jean-Michel Tilloy, Magda Bigaud et Nicole Bonnel.

## au sommaire des cahiers :

LE DOSSIER : **Le mutualisme, p. 9-15**

Éléments d'une histoire du mutualisme : assurance ou mutuelle, un choix de société ? - Des principes, des chiffres, des structures et des métiers... - Mutualisme et fonction publique. - La deuxième réforme du Code de la Mutualité - Quels sont les avantages d'une mutuelle d'établissement ? - Comment reconnaître une bonne mutuelle entre 1 000 ? - Le chiffre - MUTACMA une avancée sociale et une réussite pour les agents.

LE CHIFFRE : **123%. L'explosion des radiations administratives, p. 14**

VOUS AVEZ DES DROITS : **La validation de l'expérience professionnelle, p. 8**

# Le mutualisme, alternative ou illusion ?



**Vous connaissez le nom de votre mutuelle. À peine l'adresse ! Pourtant c'est une affaire sérieuse, parfois vitale. C'est votre santé, votre prévoyance en cas de coup dur et votre soutien en cas de coup très dur... À l'agence la situation est complexe : deux, voire trois mutuelles coexistent. Sans compter les mutuelles individuelles ou celles des conjoint(e)s. En France la situation du mutualisme c'est encore plus compliqué et en Europe le secteur social (ou l'économie solidaire) est un enjeu qui représente des dizaines de milliards d'Euros. C'est dire si les appétits s'aiguisent. Le projet de ce dossier de Modes d'Emplois est de faire (un peu) le point sur un sujet si important et que pourtant peu d'entre nous aime regarder. On parlera d'histoire, de code de la mutualité, de mutuelle d'entreprise, de choix et aussi, bien sûr, de Mutacma. On donnera aussi quelques chiffres et quelques repères pour comprendre et s'y retrouver dans la vie du mutualisme en France.**

## Éléments d'une histoire du mutualisme : assurance ou mutuelle, un choix de société ?

**L**a France est le premier marché européen et le troisième marché mondial de l'assurance avec un des premiers acteurs mondiaux, le groupe AXA-UAP. Le CA (chiffre d'affaires) des compagnies d'assurances françaises est estimé à 11 000 milliards de francs et est fortement mutualiste (2/3 des automobilistes par exemple). Ce secteur emploie 250 000 personnes réparties entre 500 entreprises (du Code des Assurances), 90 institutions de prévoyance et environ 6 000 mutuelles (du Code de la Mutualité).

### Un budget considérable que vise la concurrence.

La santé et la protection sociale en France

c'est un budget considérable comparé à celui de l'État et pourtant ce n'est pas un commerce. Elle est organisée autour de régimes de base qui offrent des prestations minimales et de régimes complémentaires qui proposent de nombreuses prestations de santé. Ils remplissent une véritable mission sociale ouverte à tous. Les mutuelles, comme les coopératives, appartiennent au « troisième secteur », c'est-à-dire l'économie sociale. Sur les 370 millions d'habitants de l'Union Européenne, plus de 30 % sont membres d'une organisation, ou d'une entreprise de l'économie sociale.

Les mutuelles n'ont pas vocation à faire des bénéficiaires comme les assurances (Code

des Assurances), pourtant les directives européennes et le nouveau code de la Mutualité les placent dangereusement en concurrence.

L'abandon progressif des principes mutualistes (non-sélectivité des adhérents et démocratie) ne peut que générer un recul quantitatif du réseau mutualiste, si nous n'y prenons pas garde.

### Les origines du mutualisme.

Ancêtres des mutuelles, les premiers regroupements d'entraide datent de l'Antiquité. Les origines du mutualisme remontent en France au Haut Moyen-Âge. Sous l'Ancien Régime, l'entraide mutuelle s'instaure avant tout dans les communautés de métiers

Suite de la page 9

(confrérie, corporation, compagnonnage). Les compagnies d'assurances sont, quant à elles, nées, au XIII<sup>e</sup> siècle à l'initiative d'un groupe d'armateurs qui souhaitaient faire face, ensemble, aux risques qu'ils encourent individuellement.

En 1791 la loi Le Chapelier interdit les corporations. Les Sociétés de Secours Mutuels (S.S.M.) organisées essentiellement sur une base professionnelle, sont frappées de plein fouet par ces mesures. Jusque 1848 la législation « anti-mutualité » ne fait que se renforcer. La loi de 1834 soumet la constitution de toute association à l'agrément du Gouvernement.

La Révolution de 1848 conduit à la reconnaissance des Sociétés de Secours Mutuels en 1850. Le second empire confirme et permet un essor de la mutualité, mais sous une étroite surveillance exercée par les préfets. Les Sociétés de Secours Mutuels sont créées sur une base communale à l'initiative du maire et du curé. Le premier Congrès de la Mutualité (qui représente près de 110 000 sociétaires) se tient à Lyon en 1883.

### L'investissement syndical décisif

La loi de 1898 est fondatrice de la Mutualité. Cette loi, tout en conservant les 3 types de

Sociétés de Secours Mutuels (libres, approuvées, reconnues d'utilité publique) substitue un contrôle comptable à la surveillance politique et élargit le champ d'intervention mutualiste : retraites, assurances vie et accidents, réalisations sanitaires et sociales. Elle supprime la base strictement communale. Commence alors la construction de Mutualité au plan départemental et national. Hostile au principe de l'obligation et à l'intervention étatique en matière de protection sociale, la F.N.M.F. s'y rallie à partir de 1904 et participe à la mise en place du système des Retraites Ouvrières et Paysannes (R.O.P.) en 1910. Vingt ans plus tard, elle s'investit

## Des principes, des chiffres, des structures et des métiers...

### Trois systèmes juridiques

**Les organismes d'assurances** relèvent du Code des Assurances, constituées sous forme de S.A. (ou de Sociétés d'Assurance Mutuelle, à ne pas confondre avec les mutuelles relevant du Code de la Mutualité).

**Les Institutions de Prévoyance (I.P.)** relèvent du Code de la Sécurité Sociale.

**Les Mutuelles** relèvent du Code de la Mutualité dont un nouveau décret d'avril 2001 va modifier considérablement le paysage.

### Trois valeurs essentielles

**Démocratie :** les organes dirigeants (Délégués, Conseil d'Administration, Bureau) sont élus.

**Égalité :** tous les adhérents sont égaux en droits et en obligations.

**Solidarité :** chaque adhérent reçoit des prestations en proportion de ses dépenses et non pas en fonction des cotisations qu'il verse.

Si les nouvelles dispositions européennes valorisent la transparence et la protection des assurés elles conduisent hélas au rapprochement des sociétés de personnes et des sociétés de capitaux. Nous y sommes totalement opposés.

### Les chiffres

Il existe 5 545 mutuelles dont 659 gèrent les garanties maladie-chirurgie (945 de plus de 3 500 personnes protégées et 4 600 de moins de 3 500 personnes protégées).

Sur ces 5 545, il faut ajouter 99 caisses autonomes (article L 321-1), 1 325 réalisations sanitaires et 335 unions ou fédérations, 43 versent la moitié et 123 les 3/4 des prestations.

Au sein de ces 5 545 mutuelles nous trouvons :

- 79 mutuelles de fonctionnaires et 183 mutuelles d'entreprises.
- Sur les 10 premières mutuelles françaises, 6 sont des mutuelles de fonctionnaires.

### Trois grandes fédérations

**La F.N.M.F. :** (Fédération Nationale de la Mutualité Française) avec 55 000 salariés et 100 000 élus. C'est la plus importante avec 3 000 mutuelles, 16 millions de cotisants pour environ 30 millions d'adhérents. Elle compte 1 500 établissements médicaux, paramédicaux et sociaux. Le chiffre d'affaires généré atteint 73,5 milliards de francs pour l'année 1998 dont 55 milliards pour les prestations maladies.

**La F.M.F.** (Fédération des Mutuelles de France) (ex FMT) : fédère 750 groupements mutualistes pour 1,5 million d'adhérents représentant 4 millions de personnes protégées, plus de 300 établissements et services sanitaires et sociaux. 5 000 salariés et 10 000 administrateurs bénévoles.

Ces deux fédérations viennent de fusionner en 2002. Les mutuelles de fonctionnaires y sont prépondérantes.

**La F.N.I.M.** (Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles) : elle déclare 30 mutuelles et 1,3 million d'adhérents pour 4 millions de personnes protégées.

### Trois Métiers

**La santé :** le remboursement des frais de soins de santé, complémentaire à celui du régime d'assurance maladie obligatoire (70 % du chiffre d'affaires total des mutuelles).

L'assurance maladie complémentaire a connu au cours des vingt dernières années un grand développement (lié à la diminution des remboursements par la Sécurité Sociale) 49 % en 1970, 69 % en 1980, 83 % en 1994 de la population bénéficiait d'une couverture complémentaire maladie.

Cette couverture est obtenue par des contrats individuels ou par des contrats collectifs au sein des entreprises. Ce sont les mutuelles, (régies par le Code de la Mutualité), qui ont 60 % de ce marché suivies par les sociétés d'assurances (codes des assurances) (27 %).

**La prévoyance :** depuis 1985, les mutuelles sont autorisées à effectuer des opérations de prévoyance collective réservées jusqu'ici aux Institutions de Prévoyance (I.P.) comme par exemple l'A.G.2.R.

Certaines mutuelles, soit directement soit par leur adhésion à une union ou une fédération, proposent des services associés à la couverture mutualiste des risques.

**Les services à la personne :** elles gèrent des cliniques, des centres dentaires, des centres d'optique, des pharmacies, des maisons de retraites mutualistes.

Elles proposent aussi d'autres services comme des centres de vacances et de loisirs, du cautionnement de prêts, des réductions tarifaires sur les activités culturelles et grâce à des accords notamment avec les sociétés d'assurances mutuelles elles sont en mesure de faire bénéficier de conditions avantageuses sur des produits d'assurance automobile, habitation, etc. ■

Suite de la page 10

d'avantage dans les assurances sociales, et joue un rôle de tout premier plan dans leur gestion. Cette période se traduit par une forte progression des effectifs avec 9 millions de mutualistes en 1929.

C'est le rapprochement avec le monde du travail et les syndicats qui génère l'essor de la mutualité d'entreprise dans le privé et de la mutualité de fonctionnaires.

Les ordonnances de 1945 sur la Sécurité Sociale surprennent le monde mutualiste mais la loi Morice de 47 lui reconnaît le droit de constituer des sections locales, consacrant ainsi sa position d'organisme complé-

mentaire du régime légal. Et les mutuelles de fonctionnaires reçoivent une délégation pour gérer le régime des agents de l'État.

Dans les années 1950 le mouvement mutualiste trouve une place importante dans le système de protection sociale en France. L'investissement syndical avait été décisif. En 1985, la première réforme du Code de la Mutualité se traduit par un élargissement de son champ d'intervention et de ses moyens. Aujourd'hui le mouvement mutualiste est un acteur essentiel de la protection sociale.

Le système mutuel français a fait la preuve

de sa fiabilité. La moitié des sociétés ont été créées il y a plus de 100 ans et un tiers a plus de 150 ans d'existence.

En France, la « démutualisation » est rendue impossible par la loi qui interdit la distribution de l'actif net d'une société mutuelle. L'avantage de la forme mutuelle est de mettre à l'abri les structures qu'elle recouvre de toute tentative d'O.P.A.

Malgré les idées reçues le mouvement mutualiste est aussi bien présent en Europe, aux États-Unis et progresse en Amérique Latine. Le mutualisme occidental mériterait un dossier complet à lui tout seul. ■

## Mutualisme et fonction publique

**Dans le secteur public il existe 79 mutuelles regroupées au sein de la Fédération des Mutuelles de France (FMF) et de la Mutualité Fonction Publique (MFP). Elles sont de facto les principales animatrices du mouvement mutualiste. Ainsi, sur les 10 premières mutuelles santé françaises, les 4 premières sont des mutuelles de fonctionnaires (MGEN, Mutuelle Générale ex. PTT, Mutuelle Nationale des Hospitaliers, Mutuelle Nationale Territoriale).**

### Les raisons d'un essor important : un service efficace.

L'implantation du mutualisme dans le secteur public s'explique par différents facteurs. Rappelons que l'État emploie aujourd'hui plus de deux millions de salariés. La Fonction Publique a développé un fort sentiment d'appartenance socioprofessionnelle. Ainsi les enseignants, à travers ses différentes structures d'économie sociale comme la MGEN, la MAIF, la CAMIF ou la CASDEN en est l'exemple flagrant.

Chaque ministère a développé sa propre offre mutualiste. Certains ministères ont même plusieurs mutuelles en fonction des différents corps professionnels présents. Ainsi les 4 mutuelles des Finances : ministère, Trésor Public, Impôts et enfin une dernière pour les agents des douanes. L'adhésion à l'une des mutuelles apparaît souvent comme le corollaire de l'appartenance au corps de métier concerné, d'autant que ces mutuelles rendent d'autres services aux fonctionnaires.

Depuis 47, elles gèrent les prestations du régime de base à la place de la Sécurité Sociale. Le code de la mutualité regroupait les mutuelles de la Fonction Publique dans une catégorie spécifique : les mutuelles du

livre 4. Ainsi, les fonctionnaires bénéficient d'un guichet unique où ils peuvent se faire rembourser simultanément la part obligatoire et la part complémentaire.

Mais elles gèrent aussi les crédits sociaux de la Fonction Publique, l'aide ménagère et les chèques vacances. À titre dérogatoire, les conjoints et certains agents publics non-fonctionnaires en bénéficient.

Les mutuelles sont bien intégrées dans le paysage social de chaque ministère, au point d'en être souvent un élément de l'identité professionnelle.

### Quel avenir ?

Cependant, ces mutuelles ont à relever aujourd'hui plusieurs défis. Comme la plupart des mutuelles, elles subissent les effets du vieillissement de la population d'autant plus marqué chez les fonctionnaires, qu'il y a très peu de recrutement... et donc un faible renouvellement de la population des mutualistes.

Le poids des retraités dans les mutuelles de la Fonction Publique s'accroît sans être contrebalancé par des adhérents en activité. Les équilibres généraux sont donc remis en cause. Ces mutuelles, comme les autres, doivent faire face aux obligations

imposées par le nouveau Code de la mutualité, notamment en matière financière. D'où un vaste mouvement de regroupement qui va s'amplifier.

### MUTACMA et le mutualisme au sein de la Fonction Publique

Dans l'attente d'une redéfinition du paysage, Mutacma a préféré repousser l'affiliation à une fédération. La fusion des deux fédérations — la FNMF et la FMF — qui date de février est une première étape de cette redéfinition.

On le sait, MUTACMA prend en compte des personnels qui, bien que travaillant pour l'État, ne sont pas des agents publics (emplois jeunes, personnels en CES notamment). Cette volonté d'ouverture a été confortée lors de la dernière AG. Désormais, MUTACMA prendra en charge les familles des enfants des agents et tous les salariés du privé exerçant une mission de service public. Cependant MUTACMA reste attentive au devenir des mutuelles et, pour pouvoir créer une mutuelle d'établissement, des contacts ont été pris avec la MGAS, deuxième mutuelle de la Fonction Publique présente à l'Agence. ■

## La deuxième réforme du Code de la Mutualité

**Cette réforme doit être effective en 2003. Elle s'inscrit dans un paysage de concurrence exacerbée dans lequel on peut noter les appétits des grands groupes d'assurance qui lorgnent vers l'économie sociale (Mutuelles + coopératives) qui représente des dizaines de milliards d'euros de chiffre d'affaire par an.**

**E**n 1945 avec la création de la Sécurité sociale obligatoire, la Mutualité devient complémentaire. Un régime et un « code de la mutualité » définissent les règles et obligations de ces organismes.

### Une première réforme

En 1985, une première réforme du code de la mutualité élargit le champ d'intervention et les moyens des mutuelles. Ainsi, elles sont autorisées à effectuer des opérations de prévoyance collective et à gérer des établissements de soins, des centres dentaires et d'optique, des pharmacies, des maisons de retraite, etc.

Parfois les services proposés n'ont qu'un rapport lointain avec « la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences », objet principal de l'activité mutualiste, mais se rattachent plutôt à l'objectif très large de « développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie ».

### Le sens des mots et le poids des dates

La deuxième réforme du code de la Mutualité a son origine dans les directives européennes de 1992 concernant les « entreprises d'assurance ».

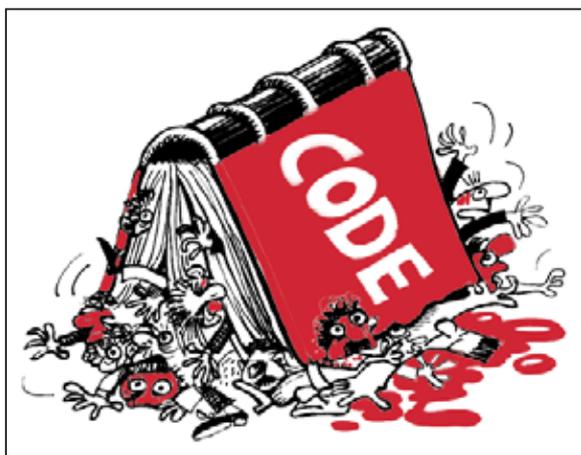
La France a choisi alors, à la demande du mouvement mutualiste, de faire figurer les mutuelles relevant du Code de la Mutualité parmi les « entreprises d'assurance » au sens européen, ce qui leur donne l'accès au marché européen (libre prestation de services). En effet, les organismes habilités en France à intervenir dans le domaine de la protection complémentaire dépendent de trois systèmes juridiques différents :

- les organismes d'assurances relèvent du code des assurances ce qui impose aux entreprises d'assurances françaises d'être constituées sous forme soit de société

anonyme, soit de société d'assurance mutuelle (à ne pas confondre avec les mutuelles du code de la mutualité) ;

- les institutions de prévoyance relèvent du code de la sécurité sociale ;
- les mutuelles relèvent du code de la mutualité.

Les États membres devaient adopter à la fin 1993, les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires pour se conformer aux directives de 92 et les mettre en vigueur au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 1994.



Les directives assurances ont bien été transposées pour les sociétés d'assurances et pour les institutions de prévoyance mais aucune disposition relative aux « mutuelles régies par le code de la mutualité » n'était réalisée et la France fut condamnée en décembre 1999 pour non-transposition de ces directives. Le JO publie une ordonnance sur ce sujet en avril 2001 (application au 1-1 2003) avec en annexe le nouveau Code de la Mutualité. C'est une refonte globale du code de la mutualité.

### Nouveau code et nouvelles règles

L'ordonnance d'avril 2001 réaffirme les principes mutualistes et renforce le rôle des fédérations.

#### 1. La non-discrimination :

- pas de modulation de cotisation sauf en

fonction du revenu ou de l'âge des membres participants ;

- les nouvelles dispositions interdisent la sélection à l'entrée, la sélection des risques et le questionnaire médical ;
- le caractère viager de la garantie est réaffirmé.

#### 2. Le rôle de l'Assemblée Générale :

- L'AG vote les statuts, les règlements et élit les membres du Conseil d'Administration.

- Le statut de l'élu est de type syndical : les employeurs doivent autoriser leurs salariés à bénéficier des absences rémunérées, comptant comme temps de travail, pour les ré-

unions des instances mutualistes. Les règles de cumul sont posées.

- Les fonctions d'administrateur sont gratuites ; la limite d'âge est de soixante-dix ans.

3. La notion de « contrat mutualiste » : cette notion tout à fait nouvelle, souhaitée par le mouvement mutualiste, est formalisée par un bulletin d'adhésion.

### Le principe de spécificité

Le Code de la mutualité modifie profondément l'organisation des mutuelles par l'introduction du principe de spécificité. Le code de la mutualité distingue entre :

1. les opérations d'assurances (la complémentaire santé),
2. la prévention des risques de dommages corporels (accidents ou maladie), la protection de l'enfance, de la famille, etc.,
3. la mise en œuvre d'une action sociale ou la gestion des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles.

En raison du principe de spécificité, une mutuelle ne peut plus exercer une activité d'assurance (point 1) et une activité précisée au point 2 et 3.

### Et le principe de solvabilité

Les mutuelles réalisant des opérations d'assurances doivent, avant le 31 décembre 2002 :

Suite de la page 4

- soit déposer une demande d'agrément auprès du ministère des affaires sociales,
- soit inclure une convention de substitution – (c'est-à-dire que les engagements de la mutuelle sont garantis intégralement par une autre mutuelle ou une institution de prévoyance),
- soit créer une section de mutuelle au sein d'une autre mutuelle.

Sinon, elles sont dissoutes.

Toutes les mutuelles existantes doivent obtenir un agrément administratif pour les opérations d'assurance, elles doivent donc disposer d'une marge de solvabilité et d'un minimum de fonds propres.

L'agrément, délivré par l'État au vu d'un programme d'activité, prend en compte l'honorabilité ainsi que la qualification ou l'expérience professionnelle des administrateurs et des dirigeants.

La commission de contrôle vérifie si les mutuelles tiennent les engagements qu'elles ont contractés et présentent la marge de solvabilité prescrite. Et la barre est haute.

### Une passe délicate, mais des perspectives

Nous sommes en pleine phase d'expansion mais nous traversons une passe délicate pour obtenir ces agréments.

Notre développement est télescopé ou bridé (c'est selon...) par la mise en œuvre des directives européennes. Elles imposent au monde mutualiste, à l'économie sociale qui est en soi un empire, les règles de gestion chères aux sphères des assurances.

Par nous-mêmes ou en signant une convention avec une mutuelle (où l'organisme support actuel), nous allons trouver les moyens de répondre à ces nouvelles conditions.

Nous savons bien que nous butons sur une réalité objective, l'Agence est trop petite pour que nous trouvions par nous-même la taille suffisante pour vivre à long terme avec ces nouvelles normes.

Il nous faut à moyen terme envisager d'autres perspectives de croissance... (dans le champ du service public de l'emploi...) à l'aide de conventions avec des partenaires. La mutuelle d'établissement serait le mieux. ■

Charles BARTOLO

## Quels sont les avantages d'une mutuelle d'établissement ?

**U**ne mutuelle d'établissement est un contrat collectif à adhésion obligatoire par l'ensemble des salariés, les prestations proposées sont dans la plupart des cas adaptés aux spécificités de l'entreprise. Plusieurs niveaux de prestations peuvent être proposés avec des coûts de cotisations différents.

### C'est quoi ?

Une mutuelle d'établissement relève avant tout d'une véritable volonté politique du chef d'entreprise de mettre en place une telle avancée sociale pour ses salariés. En effet, la création d'une mutuelle d'établissement a un coût financier pour l'employeur. Celui-ci peut prendre à sa charge jusqu'à 60 % du coût des cotisations. Le salarié ne paie donc que 40 % de sa cotisation mutualiste, un moindre coût pour une couverture « maladie - chirurgie » adaptée à ses besoins.

Il n'y a pas de minimum de salariés à respecter pour faire bénéficier l'ensemble du personnel de cette couverture santé mais on trouve généralement ce type de mutuelle dans les entreprises de plus de 50 salariés. Le pilotage est confié principalement aux comités d'entreprise ou aux représentants du personnel qui déterminent les cotisations et le niveau des prestations proposées.

### Et nous ?

Pour nous, agents de l'A.N.P.E, ou tous agents du service public, cela est différent. Il n'existe pas de mutuelle d'établissement dans la fonction publique en tant que telle. Le S.N.U se bat pour que nous puissions bénéficier de cet avantage social et financier. Mais notre directeur général, au nom du libre choix, se défend d'ouvrir des négociations sur ce projet auprès de nos tutelles (Ministère du Travail, des Finances, de la Fonction Publique).

### Une petite avancée

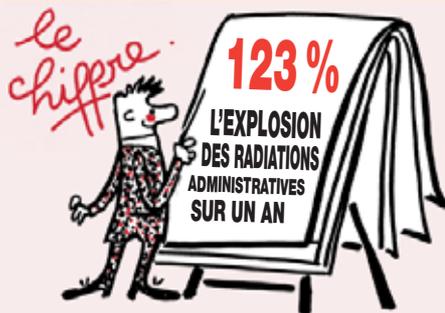
Faisant écho à nos revendications relatives à la protection sociale des agents, la DG a décidé, dans le cadre des nouvelles négociations statutaires, de lancer une enquête auprès de l'ensemble du personnel sur sa couverture sociale. Dans les semaines à venir, vous serez destinataires d'un questionnaire afin de connaître le type de couverture sociale que vous avez éventuellement souscrit. Dans le contexte de fortes pressions que subissent actuellement les agents, sans réelles contreparties salariales, le S.N.U ANPE vous demande de remplir ce questionnaire avec une attention toute particulière et de ne pas oublier de le renvoyer.

### L'exemple de l'Assedic...

Vos réponses pourront servir de base à l'ouverture de négociations en vue d'obtenir une mutuelle d'établissement répondant à vos souhaits. Pour la petite histoire, nos 13000 collègues de l'Assedic bénéficient d'une telle couverture. Pourquoi pas NOUS ?

Plus nous serons nombreux à répondre, plus l'Établissement sera obligé de prendre en considération ce problème de couverture mutualiste. ■



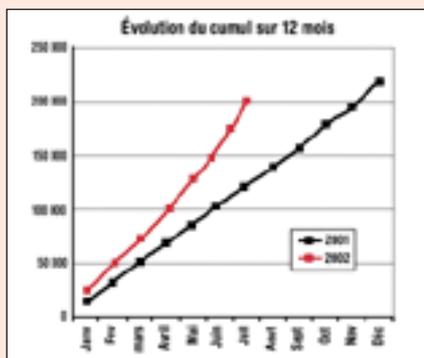


Un des résultats les plus frappants de la mise en œuvre du PARE est bien l'explosion du nombre de radiations administratives. Celles-ci ont touché 39 343 demandeurs d'emploi en juillet 2002 contre 17 627 en juillet 2001, soit une augmentation de 123 % (cf. graphique). En cumul annuel ce nombre atteint en juillet 2002 le chiffre de 200 279, c'est-à-dire plus que durant les 11 premiers mois de 2001 (194 853).

**La conséquence mécanique des convocations**

Cet accroissement est l'effet mécanique de la multiplication des convocations. La part des radiations pour non réponse à convocation est de 96 % de l'ensemble des radiations administratives en juillet 2002 contre 89 % il y a un an. Ce seul motif de radiation a crû de 140 % entre juillet 2001 et juillet 2002. Les radiations pour autre motif (refus d'emploi ou de formation, insuffisance de recherches, etc.) sont, elles, restées stables (cf. tableau).

Le patronat trouvera sans doute dans ces chiffres, qui sont pour nous une grave source d'inquiétude, un motif de satisfaction (le PARE est au moins « productif » dans ce domaine !). Il y verra aussi matière à vilipender une fois de plus le personnel de l'Agence pour son insuffisance de motivation répressive, là où nous constatons pour notre part la persistance d'une éthique professionnelle et d'un sens du service public intacts en dépit des pressions.



Motif de radiation	Janvier 2001	Juillet 2001	Janvier 2002	Juillet 2002
Autres (Refus formation/Fausse décl.)	85	98	59	81
Refus d'emploi	692	1134	339	989
Manque de recherche	640	772	481	700
Non réponse à convocation ou visite médicale	15129	15623	22179	37573
Total radiations admin.	16546	17627	23058	39343

# Comment reconnaître une bonne mutuelle entre 1 000 ?

**70 % c'est la part du remboursement de la sécu. Il reste 30 % à la charge du malade (ou de sa mutuelle si c'est une bonne mutuelle).**

**Quelles questions se poser ?**

On voit souvent : remboursement à 100 %. Mais sur quelle base ? Le tarif de Convention (TC)<sup>1</sup>, le tarif d'Autorité (TA)<sup>2</sup> ? On entend aussi parler du ticket Modérateur (TM)<sup>3</sup>. Parfois on parle aussi d'un forfait en pourcentage du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale). Quelle base prend la complémentaire santé : 100 % du TC ou du TM ? Parfois les remboursements sont insuffisants pour couvrir les soins faiblement pris en charge par la sécu comme les prothèses dentaires, les soins optiques.

**Garanties ajustables ? Et jusqu'à quel âge adhérer ?**

Certains organismes proposent des garanties ajustables, mais peu permettent de construire sa garantie sur mesure. Il faut opter pour celui qui convient le mieux à ses besoins<sup>4</sup>. La plupart des organismes de santé fixent une limite d'âge à la souscription assortie parfois de restrictions pour les seniors. N'attendez pas d'avoir 60 ans pour souscrire !

**Le questionnaire médical**

L'état de santé au moment de l'adhésion est souvent pris en compte d'autant que les organismes de santé sont désormais tenus d'offrir une couverture viagère immédiate pour l'ensemble de leurs garanties. Mais la plupart des vraies mutuelles ne soumettent pas leurs adhérents à un questionnaire médical.

**Délais de carence.**

La plupart des assureurs et mutuelles imposent des délais de carence (ou délais de stage), durant lesquels aucune prestation n'est versée. Ces délais de carence peuvent être uniformes ou varier selon les prestations ou n'être appliqués qu'à certaines prestations comme les lunettes, le dentaire. Toutefois, la plupart des organismes suppriment ces délais pour les assurés qui bénéficiaient antérieurement d'une complémentaire.

**Quelle cotisation ?**

Son montant peut dépendre du niveau de garantie, du nombre de personnes à assurer, l'âge, du salaire ou du niveau de ressources et plus rarement du sexe et du lieu de résidence. Les concubins sont couverts au même titre que les conjoints. L'âge limite de prise en charge des enfants fiscalement à charge varie selon les organismes.

**Les services annexes proposés**

Les complémentaires santé proposent parfois des services annexes appréciables. Le tiers payant<sup>5</sup> : la presque totalité des organismes propose au minimum le tiers payant pharmaceutique et hospitalier. Plus rarement pour l'optique, les soins dentaires, la radio et les analyses. Mais parfois ce sont les professionnels de santé qui le refusent. Les réseaux professionnels partenaires : les organismes disposent parfois de réseaux de soins avec des dentistes ou opticiens afin d'obtenir des tarifs négociés pour les prestations coûteuses et peu remboursées par la sécurité sociale.

Les plates-formes conseils : elles tendent à se généraliser, ce qui permet aux adhérents de pouvoir faire établir des devis, des simulations de remboursement, avant d'engager les dépenses. Les interlocuteurs : en cas de problème ou si vous avez besoin de renseignements complémentaires assurez-vous que vous disposez d'un interlocuteur identifié et facilement joignable. **Notre conseil : faites jouer la concurrence.** ■

1 sert de base à la Sécu pour le remboursement des frais de santé (négocié entre la CNAM et les syndicats professionnels concernés) pour une visite de généraliste par exemple le TC est de 20 €

2 concerne le secteur des professionnels de santé non conventionné par la Sécu. Pour le remboursement de ces actes la Sécu applique un faible taux fixé par arrêté départemental : 0,6 € pour une consultation de généraliste.

3 partie des frais laissés à la charge de l'assuré. La Sécu rembourse 70 % du TC pour les consultations par exemple.

4 On préférera une mutuelle plus onéreuse mais avec des prestations plus importantes si on a des enfants... et des lunettes.

5 Pas de déboursé pour le TM.

## MUTACMA une avancée sociale et une réussite pour les agents

**La création de Mutacma fait suite à la négociation (du statut du personnel en 1990) qui prévoyait que les agents de l'ANPE puissent bénéficier d'une protection sociale surcomplémentaire équivalente à celle des fonctionnaires (avec maintien du revenu et retraite surcomplémentaire), et envisageait la création d'une mutuelle d'établissement.**

**L**a MGAS existait déjà sans être toutefois une spécificité ANPE et encore moins une mutuelle d'établissement et des contacts ont donc été pris. Comme la modification des statuts de la MGAS s'imposaient la négociation n'a pas abouti...

### Des débuts... pas faciles

En 92, la CFDT, FO et la CGC créaient une association loi 1901 appelée l'A.C.M.A. (association pour l'amélioration de la couverture mutualiste des agents de l'ANPE) et par la suite, MUTACMA. Dès le début c'est une volonté syndicale forte, dans laquelle le SNU (ex CFDT) a joué un rôle majeur, qui a permis à la complémentaire d'exister. En 93, FO modifie ses positions et décide de quitter l'A.C.M.A. alors que la CFTC la rejoint.

Étant très peu nombreux, nous avons passé des conventions avec PRIMAMUT, mutuelle interprofessionnelle de l'AG2R, 2<sup>e</sup> caisse de retraite par répartition, qui intervenait déjà sur notre protection sociale obligatoire pour le maintien du revenu. Nous proposons alors une couverture maladie chirurgie adaptée aux besoins des agents de l'A.N.P.E., suivie en juillet d'une couverture spécifique Incapacité-Invalidité complétant le régime obligatoire maintien du revenu (dont la couverture est notoirement insuffisante). L'A.C.M.A. ne percevait aucune subvention de l'établissement et l'information et la gestion quotidienne était le fait des militants syndicaux. Le prestataire était chargé de toute la gestion, puisque l'A.C.M.A. ne disposait pas de permanents.

Le DG refusait que les cotisations soient précomptées sur salaire, alors que celles de la M.G.A.S. l'étaient, aux motifs que nous démarrions avec 0 adhérent (il ne voulait pas prendre de risques) qu'il existait une autre mutuelle à l'agence (et selon lui cela nuirait à notre développement) et que... nous n'étions pas une mutuelle, donc nous ne pouvions prétendre à une subvention.

les membres de la CGC refusent de voter les statuts, pour 3 motifs :

- ≠ refus de modifier les cotisations en % du salaire, et pour cause...
- ≠ refus de l'élargissement à d'autres agents de la fonction publique
- ≠ rejet de la subvention de fonctionnement... pour des raisons obscures.

Mutacma était créée (et agréée) et cette transformation permis de percevoir la subvention de fonctionnement pour l'année 1997, dans sa totalité. En Juin 98 les premières élections désignent 76 délégués régionaux.

En novembre 2000 le SNU (créé en septembre) devient officiellement membre de MUTACMA et GIORGINI, présent à l'AG, annonce sa reconnaissance par la DG.

En Juin 2001 avec 52,47 % des votes et 45 élus (sur 87) dans 23 régions le SNU-ANPE s'impose comme force syndicale majeure.

En 96, quatre ans après sa création, nous sommes passés de 0 à 2 500 en maladie chirurgie, 1 700 en incapacité-invalidité, 1 000 en capital décès. En tout 3 400 adhérents.

Aujourd'Hui Mutacma, au 31 août 2002 c'est plus 3 760 adhérents en maladie chirurgie, 4 841 en incapacité-invalidité, 1 383 en capital décès et 214 en rente éducation. Au total 6 924 adhérents et 10 200 dossiers traités.

Voici quelques chiffres qui donnent la mesure du succès et de l'efficacité d'une mutuelle qui a moins de dix ans, qui est bien vivante et bien gérée. ■



### La transformation de l'ACMA en MUTACMA

En 95 l'A.C.M.A. regroupe 1 500 adhérents. Le nouveau DG accepte l'octroi d'une subvention de fonctionnement à l'A.C.M.A. et le précompte sur salaire des cotisations maladie chirurgie, comme pour la MGAS. En 97 l'ACMA met en place le précompte des cotisations mais le versement d'une subvention de fonctionnement ne peut intervenir car l'ACMA est une association et non une mutuelle de la fonction publique, régie par le Code de la Mutualité.

Le CA de l'A.C.M.A., décida la transformation de l'A.C.M.A. en mutuelle de la fonction publique mais lors de l'AG constitutive

Le N° 1 de Modes d'Emplois ouvrait cette rubrique sur (les arcanes parfois si complexes?) de la mutation. Le N° 2 donnait les règles permettant de choisir le temps partiel. Le N° 4 expliquait le CIF, le N° 5 « les opérations de carrières ». Aujourd'hui, c'est la validation de l'expérience professionnelle. Une base de connaissance se constitue ainsi au fur et à mesure de la sortie de Modes d'Emplois.

# La validation de l'expérience professionnelle

**On est tous arrivé un jour à l'Agence. Certains avant 1990, c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur du statut actuel du personnel et d'autres après. Certains même viennent d'arriver depuis moins d'un an. Pour ces derniers cette question est d'actualité!**

**P**our beaucoup il y avait une vie professionnelle et bien sûr un savoir-faire que cette vie professionnelle démontre. Autant de cas différents qui produisent des résultats différents dans le classement dans la grille ou plus précisément l'échelon dans le « cadre d'emplois » ou l'on est affecté.

Le cadre d'emploi administrateur, conseiller, assistant, etc., est obtenu par un concours. L'échelon, dans ce cadre d'emploi, dépend lui de l'ancienneté et donc de la reconnaissance de l'expérience professionnelle d'un agent. On dit la « validation » du passé professionnel. Quand on n'a pas d'expérience c'est simple mais quand on a déjà cinq, dix ou vingt ans de salaire c'est plus complexe.

### Une définition

Au bout du compte c'est le salaire qui est différent car on peut ainsi faire reconnaître jusqu'à huit années c'est-à-dire trois ou quatre échelons dans un cadre d'emplois.

La validation de l'expérience professionnelle c'est la possibilité offerte depuis le statut du personnel de juin 1990 (art23) de faire reconnaître son ou ses expériences professionnelles antérieures au recrutement à l'ANPE.

Cette validation permet d'être placé à un (ou plusieurs) échelons supérieurs et d'avoir ainsi un meilleur salaire dès son entrée à l'agence.

### Qui valide et comment?

La région de recrutement doit, dès votre entrée à l'ANPE, vous proposer de constituer un dossier en vue de cette validation.

Une commission est chargée de statuer sur cette opération c'est-à-dire de préciser le nombre d'années retenues. (et d'appliquer la règle, très contestable, des deux tiers et le plafond de huit années).

### Sur quels éléments la validation se fonde-t-elle?

En théorie le ROME est l'outil utilisé pour faire l'analyse des expériences. La direction prend aussi en compte d'autres éléments très subjectifs comme par exemple l'initiative la responsabilité exercée, etc. dans le cadre d'emploi de recrutement ou immédiatement inférieur.

La durée de l'expérience professionnelle prise en compte doit au moins correspondre à 6 mois pour les assistants de gestion et à 12 mois pour les autres cadres d'emplois.

**Attention :** il s'agit de la durée totale de l'expérience acquise et non de la durée exigée pour que chaque activité exercée soit validable.

Le maximum de la durée validée ne peut excéder les 2/3 de l'expérience totale dans la limite de 8 ans.

La validation doit être notifiée à l'agent au plus tard 3 mois après son recrutement.

Que faire si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de la commission de validation régionale? Le recours doit être fait dans les 2 mois suivant la décision auprès de la commission nationale de validation à la DG.

Attention, parfois la dénomination d'un emploi sur votre fiche de salaire ne correspond pas réellement au travail exécuté. Le maximum de détails peuvent être utiles et permettre à la commission une meilleure approche. Contacter le SNU pour préparer son dossier peut être précieux dans ce cas.

### Les critères et les revendications du SNU

La validation de l'expérience professionnelle est certes une avancée due au statut de 90. Néanmoins cette validation aurait dû être étendue à tous les agents recrutés avant la mise

en application statutaire. Faute de cette application rétroactive du statut, les agents intégrés avant le statut de 90 n'en bénéficient pas. Il s'agit pour nous d'une injustice évidente. Évidemment nous n'avons pas refusé la validation obtenue pour les agents arrivés après 90 mais l'injustice faite aux agents qui était déjà en poste en 90 doit être réparée. D'autant que cette expérience serait reconnue dans un autre service public.

Les commissions de validation régionales et nationales concernant les recours sont composées de membres de la direction exclusivement. Aucun regard syndical sur la procédure n'est donc possible et les recours sont fait de la DRA à la DG. Il est donc très rare qu'ils aboutissent dans un sens favorable à l'agent quand il est possible d'interpréter des situations complexes. Notre revendication est simple : les syndicats doivent être présents dans ces commissions pour faire valoir les droits des salariés.

Et pourquoi ne valider qu'aux deux tiers une expérience professionnelle effectuée dans un autre service public comme l'éducation nationale, la recherche ou la justice ou ailleurs.

Ce qui a été reconnu dans un service public doit être valable à l'agence.

De plus, d'une région à l'autre, on ne valide pas forcément les mêmes expériences professionnelles. Ou est la logique dans tout cela?

N'hésitez pas à nous contacter pour que nous puissions vous aider et vous soutenir. L'expérience a démontré qu'une présence syndicale était souvent utile...

Avec vous nous ferons reculer l'arbitraire. ■

*Prochain sujet :  
La prime, les primes...*