



PLAIDOYER 2023

Notre action commune depuis novembre 2022, une démarche inédite qui s'inscrit dans la durée :

Acteurs de la protection sociale complémentaire, nous avons décidé de nous regrouper dès novembre 2022 au sein d'une coordination d'experts assurantiels du champ de la fonction publique territoriale afin de partager notre expérience et nos ambitions pour la réforme en cours dans le contexte de la négociation d'un accord national pour la fonction publique territoriale à la suite des ordonnances du 17 février 2021 et du décret du 20 avril 2022. Cette démarche inédite s'est inscrite dans un esprit de transmission et d'échange ; à aucun moment nous n'avons voulu faire preuve d'ingérence dans la négociation de l'accord, notre seul et unique objectif était plutôt de transmettre toutes les informations techniques relatives à la réglementation assurantielle de manière neutre et objective. Nous avons d'ailleurs eu plusieurs occasions de nous exprimer au cours de l'année écoulée, en particulier à l'occasion d'une audition devant les employeurs et les représentants syndicaux qui participaient à la négociation de cet accord (mais sans échange subséquent à notre intervention), le 1^{er} février dernier, mais également à travers de nombreux documents écrits qui soulignaient nos points de vigilance et que nous avons transmis aux négociateurs.

Notre volonté de continuer à accompagner la réforme en cours au bénéfice de l'ensemble des agents territoriaux

Depuis la publication de l'ordonnance du 17 février et l'obligation faite aux employeurs publics de participer à la protection sociale complémentaire de leurs agents, la fonction publique connaît un tournant majeur, et tout particulièrement la fonction publique territoriale. C'est une révolution, en particulier pour la prévoyance complémentaire, dont malheureusement trop d'agents publics sont aujourd'hui dépourvus.

Nous nous félicitons que dans la fonction publique territoriale la réforme ait été menée rapidement avec comme point d'acmé la signature, le 11 juillet dernier, d'un accord portant réforme de la PSC des agents territoriaux entre les représentants d'employeurs, membres de la coordination des employeurs publics territoriaux, et l'ensemble des organisations syndicales du versant territorial.

A l'évidence cet accord, qui rend obligatoire non seulement la participation des employeurs publics locaux à la protection sociale de leurs agents mais impose également à ces mêmes agents l'obligation d'adhérer au contrat en prévoyance, constitue :

Une étape historique pour la territoriale, dix ans après l'ANI dans le secteur privé ;

Une victoire pour le dialogue social (premier accord signé depuis l'ordonnance du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique territoriale), et un progrès incontestable pour l'ensemble des agents que nous protégeons, essentiellement en matière de prévoyance, car une étape majeure a été franchie avec l'obligation pour tous les employeurs de participer à son financement à hauteur de 50% au moins de la cotisation devenue obligatoire également pour les agents, quand on sait qu'aujourd'hui près de la moitié des agents territoriaux ne bénéficient pas d'une couverture en prévoyance. Rappelons que le décret du 20 avril 2022 ne prévoyait qu'une participation minimale de 7 euros (20% d'un montant de référence fixé à 35 euros). Pour des raisons de gestion opérationnelle, il convient de faire évoluer le financement à hauteur de 50% sur la base des garanties obligatoires. Ces garanties obligatoires couvrent *a minima* les risques et les niveaux de garanties définis dans l'accord qui laisse entendre que si l'employeur public met en place une convention de participation couvrant *a minima* 90% l'incapacité et l'invalidité, il ne sera tenu de prendre en charge que 50% des garanties minimales de l'accord et non de la convention effectivement conclue. Or, la collectivité pourra toujours prendre en charge plus de 50% de la cotisation à la condition de signer un accord local majoritaire valide.

En revanche, il faut bien reconnaître que la santé est pour le moment la grande perdante de la négociation, alors même que le marché est sinistré avec de nombreux transferts de charges de la Sécurité sociale vers les OCAM. Une négociation sur ce dossier est néanmoins prévue en 2024 et en 2025.

Si des progrès significatifs ont été réalisés à la faveur de l'accord du 11 juillet, ils ne doivent pas masquer que beaucoup de travail reste à accomplir. Deux points nous interrogent encore en tant qu'assureurs mutualistes :

1/ Le changement de ratio de solidarité intergénérationnelle en santé met-il en danger la labellisation ?

2/ L'encadrement des pratiques contractuelles et les équilibres globaux des différents régimes de participation : la colonne vertébrale de la réforme

1/ Le changement de ratio de solidarité intergénérationnelle en santé met-il en danger la labellisation ?

Est-il nécessaire de rappeler que le meilleur système de solidarité est celui où chacun paie en fonction de ses moyens et reçoit des prestations en fonction de ses besoins, indépendamment de son état de santé et de son âge ? Faut-il souligner que ce système ne fonctionne que dans un environnement totalement administré, obligatoire, sans concurrence et avec les prestations dont les tarifs sont encadrés ? La question du montant des cotisations est donc une question de répartition des efforts entre les populations.

Cela posé, le changement de ratio prévu par l'accord nous paraît préjudiciable au critère de solidarité et *in fine* au dispositif même de labellisation, et ce d'autant que la liste des thématiques à aborder en santé dans la négociation en 2024 et 2025 ne le mentionne pas.

Le ratio de 1 à 3, cadre en vigueur pendant plus de dix ans, a démontré toute son efficacité :

- Les tarifs sont restés stables sans variation significative au-dessus de la dérive des dépenses de l'assurance maladie ;
- C'est le dispositif qui recueille l'adhésion de plus grand nombre de retraités. La part des retraités qui entrent dans les conventions est marginale. C'est d'ailleurs pourquoi les tarifs sont plus attractifs dans les conventions.

Aussi, abaisser ce ratio pour le passer de 1 à 2, comme le prévoit l'accord, aura pour conséquences immédiates :

- L'augmentation des tarifs des plus jeunes (de 18 à 40 ans) pour obtenir le nouveau ratio ;
- La difficulté pour les petites et moyennes collectivités de contribuer d'une manière suffisante (entre 30 et 40 euros) à la couverture santé labellisée de leurs agents ;
- La sortie des plus jeunes du dispositif au profit d'offres non labellisées par manque de compétitivité malgré la participation de leur employeur. Ceci conduisant à la réduction de la contribution des plus jeunes à la solidarité intergénérationnelle vers les plus anciens ;
- L'augmentation *in fine* des cotisations des plus âgés une fois les plus jeunes agents sortis du dispositif.

Il est donc faux de considérer que le ratio de 1 à 2 ferait baisser les cotisations des plus âgés.

Les assureurs sans retraités seront en mesure de proposer des prix compétitifs et d'attirer ainsi les actifs. En revanche, les opérateurs comptant beaucoup de retraités parmi leurs adhérents seront pénalisés par un ratio défavorable qu'ils devront répercuter sur leurs tarifs, et finalement, tous les retraités paieront plus cher. Le système le plus solidaire est celui qui permet l'adhésion d'un nombre d'actifs très largement majoritaire par rapport au nombre de retraités. C'est tout l'enjeu des systèmes affinitaires.

A terme, un ratio de 1 à 2 entrainera une augmentation inévitable de la participation employeur pour que les cotisations labellisées restent attractives et contribuent à la solidarité intergénérationnelle sans pénaliser les actifs (mais sans les favoriser non plus).

Le maintien des dispositions actuelles (ratio de 1 à 3), outre le fait qu'il s'inscrive dans un dispositif de solidarité accru, permettrait de réguler le marché entre les offres individuelles et les offres collectives. Les retraités sont là, les équilibres aussi et la simplicité pour un grand nombre d'employeurs également.

Depuis 2011, seuls les contrats collectifs ont subi de profondes et violentes augmentations avec des résiliations qui ne disparaîtront pas pour autant avec des contrats collectifs à adhésion obligatoire en l'absence d'encadrement strict des pratiques contractuelles.

Les contrats individuels ont évolué au rythme de l'évolution de l'ONDAM sans résiliations, augmentations massives ou disparition d'acteurs. C'est un système stable et protecteur des retraités.

Le dispositif le plus efficace est le plafonnement des évolutions par âge au-dessus de 67 ans, ce plafond intervient au moment où les dépenses de santé progressent fortement et où l'équilibre n'est plus possible sans contribution de groupes d'assurés moins consommateurs.

Au-delà du ratio, c'est toute la question de la couverture des retraités qui se pose avec acuité car ils risquent d'être les grands perdants de la réforme. Nous ne pouvons nous y résoudre car nous avons toujours défendu un modèle solidaire et mutualiste. De fait, la réforme de la PSC ne peut constituer une avancée sociale si elle ne s'accompagne pas d'une solidarité réelle. Comme nous avons déjà eu l'occasion de l'écrire, la solidarité intergénérationnelle, y compris avec les retraités, est la clé de voûte du mutualisme, nous devons donc la préserver par des mécanismes adaptés et innovants, et surtout par une information précise à destination de ces retraités. C'est pourquoi nous défendons toujours et avec force des contrats solidaires entre actifs mais aussi entre les actifs et les retraités, et sommes attentifs à ne pas déstructurer les solutions de PSC solidaires qui fonctionnent.

Or, il faut bien reconnaître qu'aucun argument étayé pour justifier techniquement la réduction du ratio ne nous a été apporté.

Aussi, il nous paraît indispensable que des travaux soient lancés sur ce sujet par des actuaires indépendants et connaisseurs du risque santé individuel afin d'expliquer clairement, dans un rapport, les impacts techniques portant sur le fonctionnement futur de la labellisation et les transferts de solidarité.

Il conviendrait de réaborder cette question dans les deux prochaines années conformément au calendrier proposé par l'accord.

2/ L'encadrement des pratiques contractuelles et les équilibres globaux des différents régimes de participation : la colonne vertébrale de la réforme

Pour assurer la réussite de la réforme, donner toute sa plénitude au choix décisif des employeurs et des représentants syndicaux et de favoriser la protection sociale complémentaire et en particulier la prévoyance, il est important de ne pas oublier certains prérequis assurantiels. Car l'enjeu premier, c'est de trouver le juste équilibre entre les demandes des collectivités et les exigences de la norme assurantielle auxquelles sont soumis les opérateurs et dont l'accord du 11 juillet 2023 ne tient pas suffisamment compte.

C'est pourquoi, durant toute cette période de décryptage qui nous sépare de la transcription de l'accord du 11 juillet 2023 en droit positif, nous continuerons d'appeler à la plus grande vigilance.

La majeure partie des points d'alerte que nous vous soumettons invite à une réactualisation des cahiers des charges des procédures de mise en concurrence des collectivités construits jusqu'à présent sur la base du décret de 2011. Ainsi parmi les actualisations nécessaires, certaines nous paraissent prioritaires :

- ✓ Pour les collectivités, la qualité de l'offre et les perspectives de stabilité du tarif dépendent de la qualité de l'information fournie. Une mauvaise information sur le passé a en général plutôt comme effet un tarif plus prudent, ou des risques de tarification erronée (manque de données). Les données nécessaires à la bonne mise en place d'un contrat pourraient faire l'objet d'une obligation décrétable pour permettre une juste vision du risque à l'ensemble des collectivités ;
- ✓ Le pilotage d'un contrat collectif doit être renforcé compte tenu du fait que le management des risques est essentiel pour l'équilibre global du contrat. Les comités locaux de suivi sont des instances nécessaires et le renforcement du suivi des contrats implique aussi un engagement d'information plus précis concernant l'agent absent, voire un meilleur contrôle ;

- ✓ Pour éviter des propositions anormalement basses, nous proposons d'harmoniser les critères d'évaluation des offres et les pondérations attachées à ces critères. La valorisation des « outils » du management des risques (qualité des données, pilotage du contrat, actions de prévention...) apparaît pertinente. Ainsi dans les critères, l'accompagnement dans l'information, la promotion du dispositif et notamment à destination des agents exposés, fragiles etc. peuvent également être renforcés ;
- ✓ Les critères de choix et de pondération dans les contrats collectifs sont une étape incontournable pour renforcer la maîtrise financière des offres par les opérateurs. En effet, de nombreux contrats collectifs mis en place à la suite de la parution du décret en 2011 se sont traduits par des hausses brutales de cotisations pour les agents, parfois accompagnées de subventions supplémentaires directement versées par les collectivités aux assureurs, pour limiter ces hausses de cotisations à la charge des agents. Cela s'explique bien souvent par le choix d'offres manifestement sous-tarifées lors des appels à concurrence (par méconnaissance de la sinistralité propre à la collectivité, des risques de la population territoriale ou encore des règles du statut). Trop souvent malheureusement on a pu constater que les collectivités territoriales se focalisent sur le critère « prix » au détriment de celui de maîtrise financière de l'offre (qui garantit une maîtrise des prix dans la durée).

Par ailleurs, les enjeux sociaux et environnementaux sont de plus en plus prégnants pour les collectivités qui doivent s'adapter dans ce nouveau contexte (loi climat et résilience, PNAD 2022-2025...). Sans attendre l'obligation de 2025, des critères en lien avec des caractères sociaux et environnementaux peuvent être intégrés aux procédures de mise en concurrence. L'intégration de ces critères doivent donner lieu à l'attribution de points.

Mieux associer la prévention au service d'une PSC durable

Réussir la réforme de la protection sociale complémentaire, notamment en matière de prévoyance, passe aussi par une attention particulière portée à la prévention. En tant que mutuelles affinitaires, la prévention figure au cœur de notre engagement solidaire dans un esprit de continuité générationnelle mais aussi de pérennité économique. C'est un tout : la solidarité sur le long terme sert la viabilité économique de notre modèle. Engagées depuis longtemps au service des agents territoriaux, nous sommes capables de déployer des accompagnements spécifiques et adaptés en matière de prévention grâce à une connaissance fine des problématiques liées aux métiers de la fonction publique territoriale.

Nous défendons une politique équilibrée de prévention qui s'appuie sur trois niveaux : primaire (prévenir), secondaire (protéger), tertiaire (réparer), et encourageons une analyse précise des absences dans la collectivité. Car, au-delà des idées reçues sur les agents des services publics locaux, nous pensons qu'il est de la responsabilité de l'employeur public local de s'atteler à connaître et comprendre les raisons de ces absences. C'est tout l'enjeu des dix prochaines années pour les collectivités et c'est un marqueur fort de notre action mutualiste auprès des agents.

NOS ARGUMENTS TECHNIQUES

Dans ce contexte, nous souhaitons porter plusieurs propositions visant à améliorer la maîtrise financière des offres à travers notamment :

1/ Garantir aux agents un suivi au plus près de leurs besoins : la gestion des arrêts

La PSC représente une opportunité de déployer à grande échelle des dispositifs visant à améliorer l'état de santé des agents, et donc à terme de mieux maîtriser le risque tout en renforçant l'attachement à la collectivité. Pour ce faire, il est nécessaire d'intégrer au déploiement de la PSC des dispositifs d'analyse, de prévention et d'accompagnement des agents sur la durée dans les situations de fragilité (maladie grave, risques psycho-sociaux, retour à l'emploi, etc.) auxquelles ils sont confrontés. Ces outils doivent être valorisés dans les cahiers des charges et considérés et pondérés dans les critères de sélection à leur juste valeur pour faire l'objet d'une mise en œuvre plus massive et réussie. L'accompagnement des agents les plus fragiles doit être renforcé avant, pendant et après son arrêt de travail.

Les pratiques doivent être de surcroît conformes aux dispositions de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « loi EVIN ») et à la jurisprudence en place.

A/ Prise en charge des rechutes lorsque le contrat collectif souscrit à l'issue de la mise en concurrence succède à des opérations d'assurance individuelle (inscrit dans l'Accord du 11 juillet)

L'organisme assureur retenu à l'issue de la procédure de mise en concurrence sera tenu de prendre en charge toute rechute d'un arrêt de travail survenu avant la prise d'effet du contrat collectif lorsque l'agent concerné était assuré, au moment de l'arrêt de travail initial, dans le cadre d'une opération d'assurance individuelle et ce même si cet arrêt de travail initial a été indemnisé par le précédent organisme assureur.

B/ Prise en charge des rechutes en cas de succession de contrats collectifs (inscrit dans l'Accord du 11 juillet)

L'organisme assureur résilié est tenu de prendre en charge toute rechute survenue après la résiliation du contrat collectif lorsqu'il est démontré que l'arrêt de travail survenu après cette résiliation résulte du même fait générateur qu'un arrêt de travail survenu avant cette résiliation et dès lors que cet arrêt a donné lieu à indemnisation dans les conditions de prise en charge contractuelles du précédent contrat résilié.

C/ Prise en charge des arrêts de travail en cas d'expertise médicale (inscrit dans l'accord du 11 juillet)

En cas d'expertise médicale ayant pour objet de déterminer le fait générateur d'un arrêt de travail (les organismes assureurs successifs opposant tous deux un refus de prise en charge à un agent), l'organisme assureur dont le contrat collectif est en cours sera tenu d'indemniser immédiatement l'agent.

En cas de décision ultérieure qui lui serait favorable, il lui appartiendra de demander à l'organisme assureur du contrat résilié le remboursement des prestations versées à l'agent, à hauteur des prestations dues contractuellement par l'organisme assureur résilié et pourra, s'il le souhaite, demander à l'agent de lui rembourser l'éventuel différentiel.

Ainsi, la Coordination s'accorde sur les points suivants :

- L'application de l'article 3 de la loi EVIN relatif au secteur de la FPT (Pour le secteur de la FPT, les contrats sont individuels ou collectifs à adhésion facultative) ;
- La succession de contrats collectifs, et le fait que la rechute dans le contrat d'assurance est régie obligatoirement par la notion du fait générateur issue des dispositions de la loi EVIN et de la jurisprudence, qui s'applique à l'ensemble des congés (application de l'article 7 de la loi Evin) ;
- L'appréciation de la rechute par le conseil médical de l'assureur et non le Conseil médical départemental (en qualité d'assureur, il ne semble pas possible que ce soit le Conseil médical départemental qui apprécie la notion de rechute. La rechute ne peut pas être appréciée selon les définitions et normes du statut. C'est bien le conseil médical des assureurs qui apprécie la rechute. La rechute dans le contrat d'assurance est régie obligatoirement par la notion du fait générateur issue des dispositions de la loi EVIN et de la jurisprudence qui s'applique à l'ensemble des congés. Dans le cas des contrats individuels, l'assureur doit apporter le conseil de ne pas résilier son contrat lorsqu'un arrêt est en cours) ;
- La définition des risques en cours (pas de reprise d'activité) même s'il faut préciser le cas d'usage sur les contrats individuels résiliés avec option invalidité (tant qu'il n'y a pas de reprise d'activité de l'agent, il s'agit d'un risque en cours. Ainsi, l'agent reste couvert par son précédent contrat qu'il soit collectif ou individuel, voire non couvert si l'agent n'avait pas de contrat, puisque l'adhésion au nouveau contrat ne peut se faire tant que le risque est en cours) ;
- La gestion du risque grâce aux documents médicaux demandés par les organismes assureurs et pour la gestion des contentieux, consensus d'obtention de l'accord de l'agent pour réaliser les expertises médicales nécessaires.

2/ Réussir un déploiement large de la prévoyance auprès de tous les agents grâce à des contrats performants et bien gérés

A/ Le délai de carence lors d'une adhésion (délai de stage) :

Il est nécessaire de préciser des délais de stage en prévoyance : la question ne se pose pas dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligation (CCO) mais porte sur les produits facultatifs qui pourraient se développer dans le cadre de ce CCO. Il nous paraît indispensable :

- ✓ D'envisager une période d'adhésion sur les options de 6 mois après la mise en place du contrat ou le recrutement dans la collectivité ;
- ✓ D'envisager un délai d'une année après l'adhésion au contrat pour les prestations facultatives, pour leur garantir un tarif attractif pour les agents qui font le choix de les rejoindre dès le début, et favoriser une meilleure mutualisation.

B/ Conditions d'indemnisation des arrêts de travail

Dans le cadre de l'adhésion d'un agent à un contrat prévoyance par l'intermédiaire d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, l'utilisation d'un questionnaire de santé est prohibée et ce point n'est pas discuté. En revanche, à l'ouverture des droits à l'indemnisation des arrêts de travail et au cours de celle-ci, une information de l'organisme d'assurance sur l'état de santé des agents reste nécessaire et légitime.

En effet, l'objet d'un questionnaire médical au moment de la demande de prestation garantit à l'agent le bon établissement de son dossier et l'aide à faire valoir ses droits. L'organisme d'assurance peut ainsi qualifier les modalités d'accompagnement de l'agent (souvent les plus fragiles) pour favoriser son retour à l'emploi. De plus l'organisme d'assurance peut au moment de l'indemnisation savoir grâce au questionnaire si l'indemnisation est constitutive d'une prestation différée au sens de l'article 7 de la loi Evin ou si elle constitue une suite d'un état pathologique antérieur expressément exclue par le contrat d'assurance conformément à l'article 3 de cette même loi.

C/ Le délai de résiliation

Il nous apparaît indispensable de ne pas s'écarter des délais légaux (2 mois, ce qui est indispensable notamment dans le cadre de la résiliation infra-annuelle) pour les évolutions tarifaires et contractuelles.

D/ L'évolution des cotisations

S'agissant de l'évolution des cotisations pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire, il est important de rappeler que les cotisations sont révisées annuellement et directement liées à l'évolution de l'absentéisme dans les collectivités. Elles doivent donc être produites au plus près de la fin de l'exercice. Pour éviter des propositions anormalement basses, l'augmentation annuelle maximale pourrait être pour la santé de 10 % et pour la prévoyance de 25 % hors évolution réglementaire et législative.

3/ Encourager une démarche experte et un conseil objectif et indépendant à travers un encadrement raisonné du rôle des assistants à maîtrise d'ouvrage (AMO)

Nous prônons le choix et le pilotage du contrat à travers un encadrement raisonné des AMO. Il est essentiel d'encadrer la responsabilité des AMO dans la fiabilité des éléments démographiques et de sinistralité des collectivités afin de pérenniser le contrat *via* un équilibre technique et financier.

4/ Repenser la question de l'invalidité dans le contexte de la réforme des retraites (n'est pas inscrite dans l'accord du 11 juillet mais doit néanmoins faire l'objet d'une modification réglementaire)

Une harmonisation des textes est nécessaire entre le secteur privé et le secteur public, sans quoi il restera un delta entre ce qui existe comme prise en charge de l'invalidité à 62 ans et celle, potentiellement nouvelle, issue du passage à la retraite à 64 ans. A cet effet, l'âge dérogatoire de départ de façon anticipée pour invalidité des agents du régime général de sécurité sociale est fixé à 62 ans.

En outre, dans la dernière proposition d'accord FPE faite par le gouvernement aux OS, on retrouve pour l'Etat un alignement sur le secteur privé (article 5.4 de l'accord : passage de 64 à 62 ans pour les personnes en invalidité pouvant partir à la retraite.)

Sans préconiser une option par rapport à une autre, il s'agit surtout de clarifier la situation des agents territoriaux sur la prise en compte de la mise en retraite dans le cadre de l'invalidité.

5/ Assurer le suivi de la réforme

Il nous paraît indispensable de mettre en place immédiatement un Comité de suivi de la réforme en y associant l'ensemble des acteurs afin notamment de construire le modèle du régime de prévoyance à adhésion obligatoire, et d'éviter les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du décret de 2011.

6/ Les centres de gestion

Afin de permettre une lecture fine du risque d'un contrat groupe piloté par un centre de gestion et ainsi de déterminer la tarification la plus équilibrée possible, le nombre de collectivités adhérentes et leurs sinistralités doivent être connus pour pouvoir être analysés. Ainsi l'obligation de fournir la liste des collectivités mandantes s'avère une nécessité dans le cadre d'une mise en concurrence lancée par le centre de gestion.

Lors de la mise en place d'un contrat par un centre de gestion, la faculté d'entrer et de sortir du groupement pour une collectivité doit être strictement encadrée et limitée à des cas relevant de situations exceptionnelles évaluées comme telles par le centre de gestion et l'opérateur.

Conclusion

Nous sommes convaincus que la co-construction avec les employeurs territoriaux et les partenaires sociaux du pilotage des contrats est porteuse de réussite pour l'avenir. Cette co-construction doit aller de pair avec la formation des organisations syndicales et des élus dont les besoins d'accompagnement pour une connaissance plus technique de la PSC ont été identifiés en particulier en matière de contrat collectif à adhésion obligatoire pour lequel de nouvelles obligations vont s'imposer aux employeurs, en particulier concernant la gestion des contrats dont ils sont souscripteurs (notamment être en mesure de fournir à l'assureur retenu toutes les informations relatives aux agents, ainsi que les risques en cours en cas de prévoyance,...).

C'est pourquoi, dans l'intervalle qui doit nous conduire à la transposition en droit positif des termes de l'accord du 11 juillet 2023, nous devons travailler ensemble au décryptage des choix proposés par les employeurs publics locaux et les représentants syndicaux en matière de ratio de solidarité intergénérationnelle en santé mais également en termes d'encadrement des pratiques contractuelles et d'équilibres globaux des différents régimes de participation. Il nous reste des marges de manœuvre pour que les avancées promises en prévoyance trouvent toute leur plénitude dans la durée et pour que les décisions qui seront prises en matière de santé dans les prochains mois répondent aux attentes légitimes des agents.