

Agora

N° 86

OCTOBER 2021

THE MAGAZINE OF THE EUROPEAN
AND INTERNATIONAL PUBLIC SERVICE

FAIR SOCIAL PROTECTION

ARE EUROPEAN PUBLIC SERVICE
AGENTS OUT OF THE BOX?



COMMISSION'S UNBALANCED
INTERNAL RESPONSE
TO THE PANDEMIC

SOCIAL SECURITY
COORDINATION
IN THE EU

PAID SICK LEAVE
SCHEMES AND
THE PANDEMIC



Union
Syndicale
Fédérale

Union Syndicale
Institutions du Service public
européen et international
Av. des Gaulois, 36
1040 Bruxelles
Tél.: 02 733 98 00
Fax: 02 733 05 33

Editor in chief :
Niels Bracke

Editorial Assistant :
Noémie Mertens

Publisher :
DexVillie
<https://dexville.be/fr>

Image cover by Alex
stock.adobe.com

Tirage :
6.707 ex.

Distribution :
European and International
Public Service Institutions



SOMMAIRE

- 3 Editorial
- 4 Les bases du CGAM
Interview d'Ignazio Iacono
- 8 Introduction to EU Social
Security coordination
- 11 La sécurité sociale de la
Fonction Publique Européenne
- 16 Commission's unbalanced
internal response to the pandemic
- 21 La sécurité sociale à l'Office
Européen des Brevets
- 26 Paid sick leave schemes
and the pandemic
- 28 Soins de santé au Luxembourg
L'issue sera politique
- 31 **About US** : Right of strike at the EPO
- 34 **About US** : Une vision fonctionnelle de
l'engagement et du travail syndical



11 LA SÉCURITÉ SOCIALE DE LA FPE



28 SOINS DE SANTÉ AU LUXEMBOURG



32 RIGHT OF STRIKE AT THE EPO

EDITORIAL

BEING OUTSIDE THE BOX IS NOT ALWAYS A BLESSING...

Staff of international organizations as well as the family members are generally covered by the social insurance scheme of the respective international organization and not by the national scheme of the country of residence. This is an important part of the labour relations between the organization and its staff members, almost as important as salary.

This edition of Agora will focus on the various aspects of the social security coverage provided by international organizations, trying to provide an overview of the various schemes.

Let me use this editorial to point out that not all is well in this respect, focussing on the health insurance as example.

Having your own health insurance scheme, completely apart from the scheme of the state in which you reside, means that you are practically "out of the box", not covered by the rules and regulations the national health care providers are used to in their daily practise. A few random examples: different forms, different reimbursement rules, prior authorizations criteria...

Without wanting to over dramatize the problems, the situation has become more and more complicated over the years. Overcharging is just one of the recurring problems; the consequences of not being connected electronically to the national scheme are however also not to be underestimated.

The covid-19 pandemic have laid bare the far-reaching consequences of not being "in the box". For instance, in Belgium covid-19 tests are reimbursed by the national health insurance scheme, so staff from international organizations have to pay for their obligatory test. Payment is however not possible in most testing centres. Furthermore, the selection of risks patients was based on the files of the national health insurance scheme, having international civil servants and their families scrambling for alternative procedures.

In addition, I do not even want to go into the problems faced by colleagues with a special identity card without a chip, because they cannot access directly their vaccination data.



Even in non-covid times the situation in many states is becoming more and more precarious, simply because the payment of medical invoices is increasingly based on direct billing schemes, to which international staff has no access.

Personally, I fear that IT developments, linking health care providers and health insurance schemes, will make it increasing difficult maintain the stand-alone nature of the various schemes of international organizations. Especially when the organizations are addressing the problems in isolation, developing uncoordinated ad hoc solutions.

The role of staff representations and trade unions is to alert the various administrations to the problems, urging them to adopt a coordinated long-term approach in order to keep our social security systems not only strong, but also operational.

Union Syndicale has in this respect a unique position, because it brings together staff from various international organizations, allowing it to contribute to a solution that goes beyond the interest of one particular organization and the problems in one particular state. Let this Agora be a contribution to this process.

NIELS BRACKE PRESIDENT UNION SYNDICALE BRUSSELS



Having started his international career in the General Secretariat of the Council (DG Justice and Home Affairs), he joined the EEAS in 2011. Presently he is full time seconded to Union Syndicale as coordinator of US in the EEAS. Being a member of the management committee of the Joint Sickness Insurance Scheme, he is dealing on a daily basis with questions related to the EU health insurance scheme.



LES BASES DU CGAM

INTERVIEW D'IGNAZIO IACONO

BONJOUR IGNAZIO, TOUT D'ABORD, PEUX-TU TE PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS ET EXPLIQUER TA FONCTION AU SEIN DU CGAM ?

Bonjour Noémie, je suis Ignazio Iacono et je suis élu au comité central du personnel de la Commission européenne, dont j'ai été le président pendant 7 ans. J'ai toujours été intéressé par les questions sociales et plus particulièrement par le RCAM, le régime commun d'assurance maladie, qui est un des piliers sociaux de notre système. Je suis membre titulaire du CGAM et je participe activement aux travaux et parfois aux poussées politiques car malgré une routine de suivi, il y a également une politique d'amélioration à mettre en place afin d'être le plus en adéquation avec la réalité sur le terrain de tous les systèmes médicaux, auxquels sont confrontés les collègues dans les Etats-Membres (EM) ou en hors-union. Comme avec le Covid par exemple, afin de le prendre en charge le mieux possible et se projeter dans le futur pour définir un remboursement qui soit adéquat.

La gestion de la caisse-maladie est gérée suivant des bases légales inscrites dans le statut et dans les Dispositions Générales d'Exécution de celui-ci. Le Comité de Gestion de la Caisse Maladie (CGAM) analyse également des situations que rencontrent les collègues dans tous les lieux d'affectation des Institutions européennes qui sont sous le régime statutaire communautaire. Les affiliés du RCAM bénéficient du libre choix des médecins mais sont soumis à certains types de restrictions/contraintes que nous devons suivre. Nous avons par exemple des collègues en poste dans des pays hors-union qui doivent rentrer dans leurs pays d'origine pour pouvoir se faire soigner.

COMMENT LE CGAM EST-IL COMPOSÉ ET QUEL EST SON RÔLE ?

Le comité est composé de représentants de toutes les institutions. Je suis un des représentants du comité du personnel de la Commission. Nous sommes 4 titulaires et 4 suppléants. Il y a également des représentants du Conseil mais aussi des Agences Exécutives, du Comité Économique et Social, du Comité des Régions, de la Cour de Justice...

C'est donc une matière qui touche à tout ce qui est communautaire et au Statut, car c'est un droit et une obligation d'être affilié au RCAM.

Nous effectuons un travail de comité de gestion : premièrement, nous émettons des avis à l'Autorité investie du pouvoir de nomination (AIPN). C'est, in fine, toujours l'AIPN des institutions qui décide après un processus de consultation bien défini. Par exemple, si un collègue va en précontentieux (article 90 pour un remboursement ou un non remboursement dont il n'est pas satisfait), le bureau liquidateur, dont dépend ce collègue, est tenu de motiver les raisons pour lesquelles le remboursement n'a pas eu lieu. Le CGAM est invité à remettre son avis sur la requête de l'affilié après analyse et parfois débat juridique et politique. Les articles 90 qui nous sont soumis sont toujours anonymisés. C'est l'AIPN, à la suite des avis que nous avons rendu et ceux du bureau liquidateur, qui prendra la décision finale. Le collègue a alors le choix de continuer au tribunal s'il n'est pas d'accord avec la décision de l'AIPN ou d'en rester là.

Deuxièmement, les réunions nous permettent de définir, à l'intérieur du CGAM, les points de tension que rencontrent les affiliés. Nous remarquons, depuis quelques années, une baisse de précontentieux et cela peut signifier deux choses : soit les collègues baissent les bras, soit certaines choses fonctionnent, dans leur globalité. Au sein du comité, mais également parmi les représentants du personnel, nous pointons du doigt les taux de remboursement qui s'éloignent sensiblement de ce que prévoit le statut, beaucoup de problèmes voient le jour quant aux règles de remboursement qui sont actuellement appliquées. A mon sens, les DGE ne sont plus en adéquation avec les réalités du terrain que rencontrent les collègues, éparpillés dans le monde. Le Pay Master Office (PMO) applique des règles que nous essayons d'améliorer et qui ne sont pas des plus adéquates. Ces règles ne sont plus revues depuis 2007 et les plafonds de remboursement n'ont

plus été adaptés depuis lors.

QUELS SONT LES DOSSIERS, LES ENJEUX LES PLUS IMPORTANTS DISCUTÉS EN CE MOMENT ?

L'un des gros dossiers que nous avons dû traiter est le COVID-19, bien entendu. La petite grippe du début s'est vite transformée en pandémie et cela a évidemment affecté notre caisse maladie. Un autre enjeu est de redéfinir la notion de « maladie grave ». Les critères ont posé pas mal de soucis il y a quelques années et nous le voyons bien, le COVID-19 confirme qu'une nouvelle définition doit pouvoir être apposée.

Les dossiers de précontentieux sont l'une des prérogatives du CGAM. Nous entamons des discussions sur la réforme des dispositions générales d'exécution (DGE) qui, selon la représentation du personnel, prennent trop de temps à être lancées en négociation.

A savoir que la dernière DGE, qui concerne les règles de remboursement (procédure, taux de remboursement), a été négociée après le Statut de 2004. Il aura fallu trois années pour revoir toutes ces règles et les mettre à jour en 2007. Cela fait donc quatorze ans qu'elles sont d'application et que les plafonds de remboursement n'ont pas été ajustés. Les taux de remboursement de certaines prestations ne sont plus en adéquation avec la réalité (par rapport à ce que nos collègues payent effectivement pour une prestation de soin actuellement). Toutes nos bases légales prévoient 80-85% de remboursement selon le type de prestation (100% pour les maladies graves). Nous avons constaté que nous sommes en dessous de ces

valeurs (en Belgique, nos collègues voient – en moyenne – que le taux de remboursement des prestations médicales ne sont remboursées qu'à 64%). Il y a aussi les coefficients d'égalité pour les pays hors Bruxelles et la question du calcul de ces plafonds dans les autres Etats-Membres car si la référence est Bruxelles, d'autres pays sont également bien en dessous des taux prévus par le statut. L'idée est d'arriver à entamer une négociation : l'Union Syndicale tente de prouver auprès de l'administration qu'il y a urgence sur plusieurs aspects.

Cela fait deux ans que l'Union Syndicale fait face à un mur. Nous souhaiterions basculer dans un mécanisme aligné sur la méthode de rémunération (principe d'actualisation annuelle) en modifiant la base légale afin que l'on puisse ajuster ces plafonds chaque année et prendre en compte régulièrement le niveau du taux d'inflation et donc, in fine, le coût réel des soins de santé sur les différents lieux d'affectation.

En ce qui concerne le potentiel de nos moyens, nous avons de la marge statutaire, c'est-à-dire que nous pourrions cotiser jusqu'à 2% de notre salaire (contre 1,7% actuellement) pour améliorer les niveaux de remboursement et types de prestations. Nous n'allons pas vers une augmentation de nos cotisations car les réserves accumulées au fur et à mesure des années (cotisations supérieures aux remboursements) sont suffisantes et sont évaluées à 300 millions d'euros. Nous pourrions, en effet, utiliser cette réserve afin de rééquilibrer les taux de remboursement au fil du temps pour nos collègues. Nous essayons de prévoir les dépenses et de développer certaines politiques. Avec l'aide de la DG ECFIN, nous avons un suivi sur la gestion du patrimoine (le fonds de réserve accumulé au fil du temps). Le plus gros travail est de pouvoir

remettre en adéquation les bases légales (DGE) avec la réalité de terrain et un remboursement adéquat des soins de santé.

Pour en revenir au taux de remboursement, il existe de fortes disparités entre Etats-Membres. En Italie par exemple, le taux pour les frais dentaires est très faible. Nous pensons que les bases de calcul ne sont plus adéquates et nous souhaitons qu'ils s'ajustent à la réalité. Nous avons donc 27 Etats-Membres dans l'UE et plus de 27 systèmes de soins de santé, d'assurances maladie ou de mutuelles différentes. Un grand défi est d'obtenir que le système RCAM soit reconnu dans les Etats-Membres dans lesquels nos collègues travaillent. Il y a donc de nombreux problèmes administratifs rencontrés par nos affiliés.

Pour le moment, une des problématiques les plus importantes est celle des soins de santé en Italie. Le système de mutuelle est ouvert à tous les citoyens résidant en Italie (système d'assurance nationale) et nos collègues reçoivent une carte pour accéder aux soins. Le gouvernement italien a décidé unilatéralement de retirer cette carte aux collègues des institutions européennes et leur a demandé de payer une grosse affiliation pour accéder aux soins. C'est un problème politique mais également légal qui est posé sur la table, actuellement discuté au niveau de la Commission, de la DG HR et avec l'Etat-Membre. Le CGAM pousse évidemment à résoudre ce dossier afin que nos collègues présents en Italie ne se retrouvent pas dans une situation délicate.

Aux Pays-Bas, le système d'assurance santé s'est totalement libéralisé. Ce sont alors des assurances privées qui gèrent les relations entre les acteurs des soins de santé et leurs affiliés. En tant qu'organisation internationale, nous étions en dehors de ce système. Nous avons plusieurs institutions présentes sur le territoire : le JRC-Petten, EMA, l'Office Européen des Brevets, Eurojust, etc. ainsi que des retraités communautaires. Un problème de la surfacturation des hôpitaux a donc été rapidement décelé : l'accès aux soins n'était plus garanti. Le PMO a été chargé de contacter les acteurs sur place afin de trouver une solution. Un accord a été trouvé avec ces assurances, un contrat a été négocié : nos collègues sont donc affiliés à une assurance qui leur permet de bénéficier de prix conventionnés et non surfacturés. Ils peuvent donc bénéficier d'une carte d'assurance nationale qui leur donne accès aux soins comme tout citoyen néerlandais et sont mieux remboursés suivant les règles du Régime Commun d'Assurance Maladie.

En Espagne, il y a quelques années, nous avons rencontré plusieurs problèmes en termes d'accessibilité aux soins (comme aux Pays-Bas). Là encore, le PMO a réussi à obtenir les accords au niveau régional pour pouvoir assurer les collègues présents sur place.

Actuellement, nous discutons de la procréation médicalement assistée (PMA) dont la base légale de 2007 ne prévoyait pas de remboursement, tant qu'il n'y avait pas de pathologies chez les parents. Un pan de collègues n'était donc pas pris en charge par le CGAM (les couples LGBTIQ+ par exemple). Le CGAM souhaiterait arriver à une solution afin d'inclure tout le monde et de garantir à chacun le remboursement d'une PMA, mettant ainsi fin à une discrimination. De plus, toujours concernant la PMA, certaines règles de remboursement nécessiteraient d'être revues au vu du progrès scientifique.

L'enjeu majeur au sein du CGAM bien sûr est de maintenir un soutien de qualité à travers ce pilier social qu'est le RCAM et d'en assurer la fiabilité. Il faut aussi mentionner que, malgré sa mauvaise presse, le PMO abat un travail de titan. Ils travaillent sur beaucoup plus que 27 systèmes de santé différents, ce qui peut se révéler très compliqué dans certains cas.

QUELS SONT LES PROBLÈMES LES PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉS PAR LES AFFILIÉS ?

Les règles ne sont pas toujours des plus claires pour les affiliés. En effet, nous ne sommes pas toutes et tous juristes ou nous n'avons pas tous des connaissances étendues en médecine. Il arrive très souvent que les affiliés ne comprennent pas toujours les bases légales qui constituent dès lors des contraintes. Une vulgarisation de ces dernières s'avère nécessaire afin que les affiliés les comprennent au mieux. Il n'y a pas que les membres du personnel ou les retraités des institutions qui sont affiliés au régime, les proches, la famille doivent pouvoir aussi comprendre les tenants et aboutissants de notre système de santé.

La surtarification qui se produit au Luxembourg pose également un problème. Nos collègues au Luxembourg s'insurgent (à juste titre) parce qu'ils sont surfacturés par rapport au taux de remboursement. Le PMO analyse chaque dossier afin de trouver des solutions, notamment l'article 20 qui permet de lancer une procédure. A noter que la surtarification ne se produit pas uniquement au Luxembourg, on peut retrouver certains cas de surtarification ici en Belgique (le montant d'une facture peut varier d'un hôpital à l'autre). A Bruxelles, le PMO a réussi à dégager plusieurs conventions avec des hôpitaux. Il n'est malheureusement pas possible de nouer de tels liens avec les hôpitaux partout en Europe.

Nous travaillons à expliquer à nos collègues les règles de remboursement afin d'éviter, par exemple, des précontentieux lancés par manque d'information ou de compréhension. Nous envoyons la DGE en expliquant les différences et en nuancant au cas par cas, sans aller au-delà de la base légale. Une grande



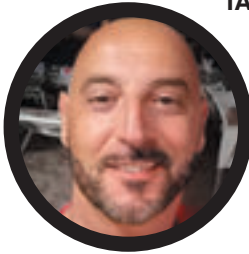
partie des problèmes rencontrés par les affiliés découlent, à mon sens, de ces DGE qui se révèlent obsolètes.

L'Union Syndicale a proposé une résolution au Comité Central du Personnel de la Commission sur ce dossier afin d'appuyer le lancement des négociations sur les plafonds et les coefficients d'égalité (remboursements différenciés selon les différents États-Membres) le plus vite possible. En effet, ces plafonds nécessitent d'être relevés à au moins 80% contre 64% actuellement à Bruxelles par exemple. Une série de plafonds de prestations doivent donc être revus et augmentés. Il n'est pas normal qu'un implant coûte 3 à 5 fois plus ou moins cher d'un Etat-Membre à l'autre et que les taux de remboursement ne prévoient pas ces niveaux d'écarts. Certains collègues ne gagnent pas assez pour se permettre certains soins dentaires dans certains Etats-Membres.

En ce qui concerne les résultats entre recettes et dépenses, ceux-ci sont positifs : nous disposons de plus d'entrées que de dépenses et en tant que « bon père de famille », nous nous devons de gérer les remboursements de manière adéquate comme le prévoit le législateur. Nous avons donc de la marge pour pouvoir améliorer la situation. Contrairement à ce qui est stipulé dans le statut (qui prévoit un apport des EM plus élevé), nous ne faisons pas appel aux Etats-Membres pour

injecter des fonds dans nos cotisations car notre système est sain. Pour l'instant, nous souhaitons travailler à cotisations constantes.

D'après certaines projections, nous risquons d'arriver à un taux de remboursement de 50% si aucune action n'est prise, ce qui n'assure pas aux affiliés des droits sociaux digne de ce nom. C'est pourquoi nous en appelons à commencer dès maintenant les négociations avec la Commission, sous réserve de l'accord-cadre.



IACONO IGNAZIO
Ancien président du Comité Central du Personnel à la Commission européenne, Ignazio est membre du Bureau USB et un membre USF.





A SHORT INTRODUCTION TO EU SOCIAL SECURITY COORDINATION

COORDINATION OF NATIONAL SOCIAL SECURITY SCHEMES

THE PROBLEM

Considering the many social security systems in existence worldwide, it was only logical that the question should arise in which state a person is socially insured in case of cross border activities and how social security systems should be coordinated. These questions are neither specific for the EU, nor do the answers diverge between the various jurisdictions. I will concentrate on the answers developed by the European Union, paying particular attention to the question of how the social security systems of international organizations fit in this scheme.

REGULATION 1408/71, REPLACED BY REGULATION 883/2004

The first general rules for the coordination of social systems in the European Economic Community were adopted in 1971: Regulation 1408/71. This regulation was the basis for the social security coordination for decades, only to be replaced by regulation 883/2004 in 2004.

The basic principle of the coordination can be found in Article 11(1) of regulation 883/2004: persons can only be subject to the social security legislation of a single Member State, the so-called principle of unicity. The rest of the regulation is, bluntly speaking, laying down specific rules for the implementation of this principle in specific situations.

Within the EU (as well as the European Economic Area and Switzerland) the rule is therefore clear: you can only be subject to one national social security scheme and you thus only pay contribution to that scheme, irrespective of where you work, what work you do, etc.

ADDRESSING CROSS BORDER SITUATIONS

The general principle has been established, how to apply it to cross border situations?

First rule: a person living in one Member State but working in another Member State is subject to the legislation of the Member State in which he/she works.

In case of activities in several Member States, the regulation creates a priority between the different types of employment, whereby being a civil servant has the highest priority. Therefore, a civil servant is always socially insured in the Member State to which the administration employing him/her is subject, irrespective whether he/she is also employed or self-employed in another Member State. The next priority is being employed, which trumps self-employed. Thus a person employed in one Member State, is subject to the social security legislation of that Member State, irrespective whether he/she is self-employed in another Member State.

If a person pursues employment activities of the same level of priority in different Member States, the social security legislation of the Member State in which he/she resides is applicable in case a substantial part of the activity is pursued in

that state; if this is not the case the regulation contains specific rules determining the competent Member State.

CROSS BORDER HEALTH INSURANCE QUESTIONS: COVERAGE

The rules determining which social security situation is applicable can result in a situation in which a person is covered by the legislation of Member State A, while residing in Member State B. A simple example is a cross border worker, residing in (for instance) The Netherlands and being employed in Belgium: this person will be covered by the Belgian social security legislation only.

If the regulation had stopped there, the person concerned would not have any health care coverage in The Netherlands, simply because the social security legislation of The Netherlands is not applicable.

The solution found is rather ingenious: in case a person residing in one Member State is covered by the social security legislation of another Member State, this person is entitled to free registration with the health care system of the Member State of residence at the expense of the health care system of the Member State of coverage. Concretely, to use the example: Belgian competent authorities will give the person concerned a form S1, with which he/she can register for free with the health insurance scheme of The Netherlands, having access to all benefits of a person ensured under this scheme. The costs for this coverage in The Netherlands are reimbursed by the Belgian health insurance scheme, to which the person concerned pays contributions.

A similar scheme applies to those who are retired: they remain covered and pay contributions to the health insurance scheme of the Member State that is responsible for the payment of their

pension; in the Member State of residence, they can enjoy free coverage by the local health insurance scheme.

CROSS BORDER HEALTH INSURANCE QUESTIONS: TREATMENT

To complete the picture a few words about the EHIC and cross border planned hospital care.

The European Health Insurance Card (EHIC) is issued by the health insurance scheme of the competent Member State, providing the holder access to emergency care in all Member States on the same basis as a person covered by the local health insurance scheme. The costs for this treatment are reimbursed by the health insurance scheme of the competent Member State.

A similar scheme existing for planned cross border hospital care, which has to be authorized by the health insurance scheme of the competent Member State. This authorization entitles the holder to hospital care in another Member State.

HOW DO SOCIAL SECURITY SCHEMES OF INTERNATIONAL ORGANIZATIONS FIT IN ?

THE PROBLEM

Regulation 883/2004 as well as similar international instruments only cover the coordination of social security schemes set up by states, not the social security schemes of international organizations.

This does generally not pose a too big problem, because unlike national schemes, the schemes of international organizations provide a worldwide coverage, but a number of tricky questions remain, the unicity being the most pressing one.



SOME SOLUTIONS

The rules on privileges and immunities of international organizations as well as the various headquarter agreements have found different solutions for the unicity problem. Some text provide that those covered by the social security scheme of the respective international organization cannot be covered by the respective national schemes, while other text either remain silent or allow double coverage in case the international civil servant is (self) employment alongside to his job as international civil servant.

Host states have also adopted a range of national provisions, ranging from fully subscribing to the principle of unicity to allowing double coverage.

EU LAW

The Protocol on Privileges and Immunities of the EU is silent on the unicity question: Article 14 merely provides that the legislator shall adopt a social security scheme for EU staff. In addition, the case law did until recently not address this question explicitly.

A LANDMARK CASE

In its landmark judgement landmark judgement C-690/15 of 10 May 2017 (Wenceslas de Lobkowicz), the Court of Justice settled the question by ruling that Article 14 of the Protocol and the provisions of the Staff Regulations on social security for EU officials fulfil, in respect of those officials, a function that is similar to that which Article 13 of Regulation No 1408/71 and Article 11 of Regulation No 883/2004 fulfil, in that they prohibit any obligation on EU officials to contribute to several schemes in this field. National legislation, which subjects the income of an EU official to contributions and social levies specifically allocated for the funding of the social security schemes of the Member State concerned, therefore infringes the exclusive competence of the European Union under Article 14 of the Protocol and the relevant provisions of the Staff Regulations, in particular those which prescribe mandatory contributions to the funding of a social security scheme by EU officials.

The principle of unicity therefore applies in full to EU staff members as well as retired staff members covered by the joint sickness insurance scheme. Consequently, EU staff members cannot be covered by national social security schemes in the Member States nor can they be asked to pay any social security contributions. This applies irrespective whether the staff member is engaged in employed or self-employed activities alongside to his/her EU employment.

Spouses and children of EU staff members can only be covered by the EU health insurance scheme, either in primary or supplementary coverage. Therefore, an exemption of national health insurance coverage can only be granted if the spouse or child is in primary coverage.

WHAT ABOUT OTHER INTERNATIONAL ORGANIZATIONS

The aforementioned case of law of the Court of Justice only binds the Member States and only refers to staff of the European Union, but the implications can be wider. A close reading of the judgement shows that the court is of the opinion that the social security systems of international organizations can be of such a nature (mainly depending on the extend of the coverage), that the generally recognized principle of unicity should also apply to schemes set up by international organizations.

Therefore, while formally not extending beyond the scope of the EU social security scheme, the judgement can certainly serve as inspiration for legislators and judges when confronted with the question whether and to which extend those covered by the social security schemes of international organizations should be exempted from national social security schemes.

CLOSING REMARKS

International social security coordination is generally not a too relevant topic for international civil servants, but it forms one of the pillars of the free movement of persons, whether within or outside the EU/EEA.

NIELS BRACKE PRESIDENT UNION SYNDICALE BRUSSELS



Having started his international career in the General Secretariat of the Council (DG Justice and Home Affairs), he joined the EEAS in 2011. Presently he is full time seconded to Union Syndicale as coordinator of US in the EEAS. Being a member of the management committee of the Joint Sickness Insurance Scheme, he is dealing on a daily basis with questions related to the EU health insurance scheme.



LA SÉCURITÉ SOCIALE DE LA FONCTION PUBLIQUE EUROPÉENNE UN TOUR D'HORIZON

SÉCURITÉ SOCIALE ? POUR NOUS, FONCTIONNAIRES EUROPÉENS ?

A QUOI BON ?

A première vue, superficielle, l'on pourrait croire que nous, les bureaucrates bruxellois (pour ne pas parler de ceux de Petten ou Ispra), nous n'aurions pas besoin du filet tendu par la sécurité sociale, censée exister pour les populations fragiles... Mais détrompons-nous : très nombreux sont les bénéfices et nécessités d'un tel mécanisme, et cela, même pour nous.

Dans cet article, nous allons faire le tour d'horizon des multiples facettes de cette forme de **solidarité organisée** qu'est en réalité la sécurité sociale. Nous prêterons une attention particulière à l'assurance-maladie, une de ses branches les plus importantes.

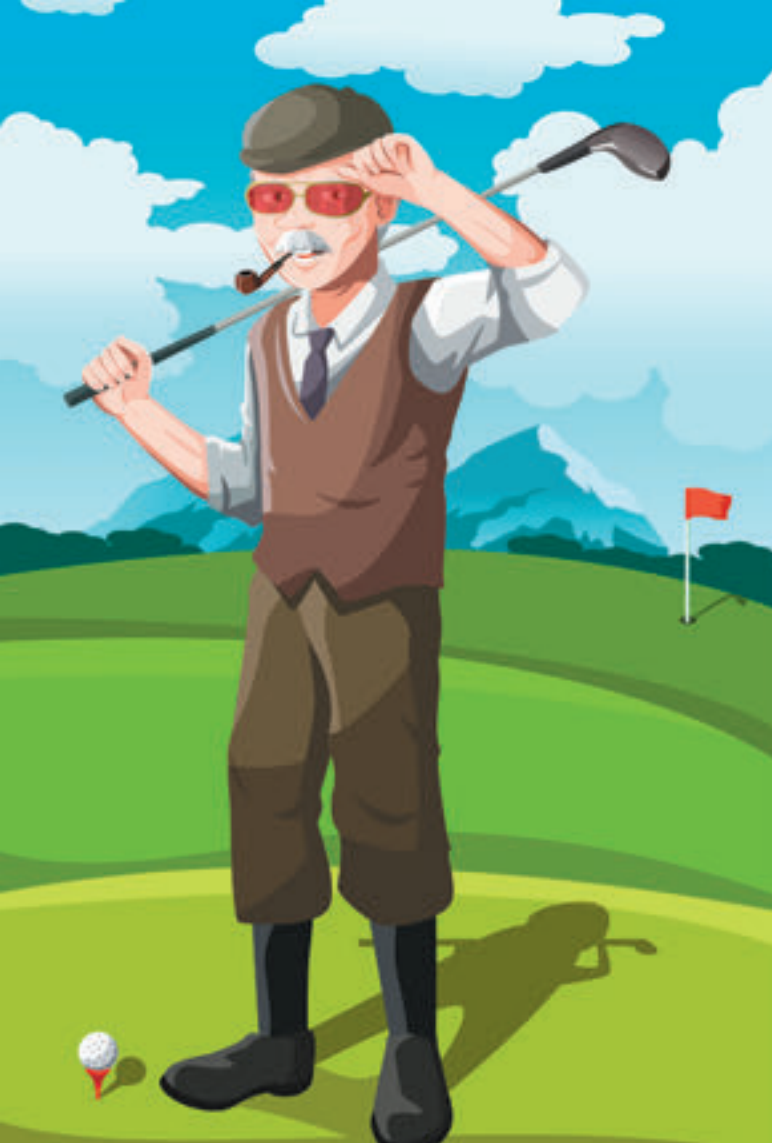
GÉNÉRALITÉS

La sécurité sociale est un acquis majeur du mouvement ouvrier, qui commence à se mettre en place dans les différents États

depuis la fin du 19ème siècle. Elle est le fruit de nombreuses luttes que ce mouvement ouvrier, dans sa forme syndicale ou politique, a livrées au travers des décennies, et ce n'est pas encore fini.

Nos systèmes, définis essentiellement par le Statut de la Fonction Publique Européenne, ont une chose fondamentale en commun avec ceux des États-membres : financés conjointement par les employeurs et les salarié(e)s (en fonction de leur revenu), ils sont au bénéfice des assuré(e)s dans le besoin (en bonne partie indépendamment de leur niveau de revenu). C'est dans ce sens que nous parlons de solidarité organisée.

Mais il y a aussi deux particularités importantes : lorsque les systèmes nationaux font habituellement référence à un territoire limité sur lequel le système est d'application, le nôtre flotte dans l'air et est applicable partout dans le monde. Cela crée une série de complications inévitables. Deuxième particularité, il y a normalement trois parties prenantes : le législateur, l'employeur et les salarié(e)s (ou assuré(e)s). Chez nous, législateur et employeur, c'est la même chose. Et cela induit certains déséquilibres structurels, parfois dangereux.



L'ASSURANCE-VIEILLESSE

Pièce maîtresse de la sécurité sociale, elle absorbe la plus grande partie des moyens déployés. Un tiers du financement est assuré par un prélèvement obligatoire sur nos salaires, le reste est financé par les employeurs. La pension est servie indépendamment du lieu de vie de la/du pensionné(e).

Elle est sans aucun doute un des points les plus attractifs du package salarial proposé aux fonctionnaires et autres agents : calculé sur le dernier salaire (et non une quelconque moyenne), le niveau de nos pensions est élevé, en comparaison avec les systèmes nationaux. On ajoute le fait que les garanties offertes aux époux(ses) survivant(e)s et aux orphelin(e)s d'un(e) assuré(e) décédé(e) sont généreuses (et en partie obtenues par l'**Union Syndicale** dans un jugement historique des années 70).

Les fonds de l'assurance-vieillesse financent également les allocations d'invalidité, avec lesquelles il n'y a pas de problème particulier.

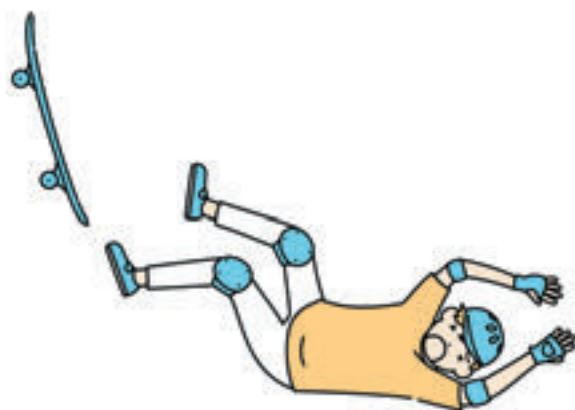
Parfois, des collègues éprouvent quelques difficultés à transférer, dans un sens ou dans l'autre, des droits acquis dans un autre système. L'**Union Syndicale** donne toute l'assistance nécessaire dans ces dossiers parfois très complexes.

Nous l'avons dit ci-dessus, le fait que législateur et employeur ne font qu'un, pose également problème. Le législateur, quand il légifère sur l'assurance-vieillesse (dernièrement en 2004 et 2014), n'est pas neutre, mais endosse ses intérêts d'employeur, voulant réduire le coût. C'est ainsi que nous avons subi deux fois à court intervalle des mesures comme le relèvement de l'âge de la retraite (nous mettant aujourd'hui à la tête de tous les systèmes en vigueur dans l'UE), la diminution du taux d'accumulation (en clair : combien compte une année de service), ou encore la réduction des possibilités de préparer la retraite par un mi-temps.

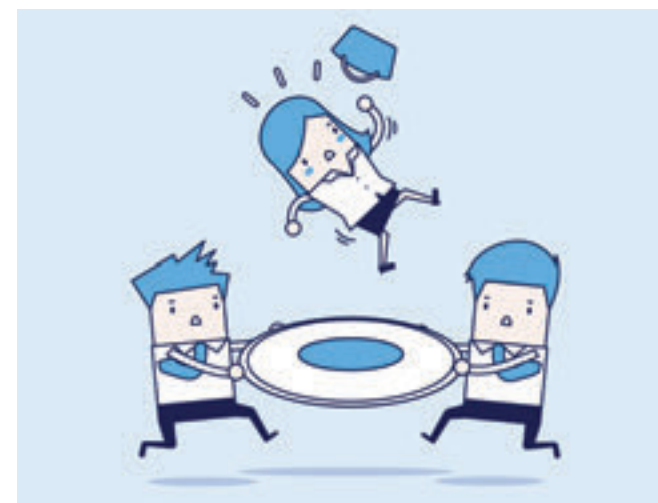
Ce qui agace nos employeurs, c'est la facture du futur : deux tiers du service de la pension est financé par eux, mais seulement au moment où la pension est due. Nous, les salarié(e)s, payons tous les mois, pendant notre service. Et pendant longtemps, la Fonction Publique Européenne était jeune, et surtout en croissance : durant les 50 premières années, les employeurs n'avaient rien à sortir de leur poche, les cotisations des salarié(e)s suffisaient à payer toutes les pensions du moment. C'est fini maintenant, et la partie à financer par les employeurs croît très vite. Il y a plus d'une centaine de milliards d'euros, correspondant aux cotisations patronales depuis 1958, qui n'ont pas été mises de côté pour payer les pensions du futur. Ce qui forme une sorte de dette des Institutions vis-à-vis de leur personnel, qui doit être trouvée dans les budgets annuels à venir...

L'ASSURANCE-ACCIDENT

C'est une toute petite branche de notre sécurité sociale, mais ô combien importante pour les malheureux(ses) victimes d'un accident, qu'il soit d'origine professionnelle ou privée. La couverture contre les risques d'un accident de la vie privée est d'ailleurs un point très positif de notre sécurité sociale, les systèmes nationaux les excluent d'habitude.



L'ASSURANCE-CHÔMAGE



Le problème de cette branche de notre sécurité sociale est qu'on en a besoin de plus en plus souvent ! Tous les agents temporaires et contractuels doivent être couverts, et leur partie du financement est prélevé obligatoirement du salaire, comme pour les autres assurances. Depuis 15 ans, les employeurs recrutent malheureusement massivement dans ces catégories précaires du personnel, et les collègues concernés se trouvent souvent en situation de chômage à l'issue de leur contrat.

LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Oui, les allocations familiales font également partie intégrante de notre sécurité sociale. Il y a :

- **l'allocation de foyer.**
- **les allocations pour enfants à charge** : elles sont plus



élevées que dans la plupart de nos États-membres. Il est à noter que les enfants à charge (et les époux(ses) sans revenu important) sont gratuitement assurés dans notre assurance-maladie. Mentionnons une faille dans notre système : ces allocations sont limitées à la première génération. Autrement dit, contrairement à la plupart des systèmes nationaux, lorsqu'un(e) collègue a un enfant à charge qui devient parent à son tour, tout en étant encore à charge, rien n'est prévu pour les besoins de ce petit enfant, même pas une assurance-maladie.

- **l'allocation scolaire** : très généreuse en comparaison avec d'autres systèmes, elle permet de financer une bonne partie des frais de scolarité, y compris universitaire, de nos enfants.
- **l'allocation parentale** : obtenue en négociation de la réforme 2004 par l'Union Syndicale, nous pouvons aujourd'hui bénéficier de 12 mois de congé parental, pour chaque enfant de moins de 12 ans, et d'un congé familial lorsqu'un membre de la famille a besoin d'une assistance sérieuse. Pendant un congé parental, une allocation vient aider à compenser la perte temporaire du salaire. Sur ce point, des progrès restent à faire, et le montant de l'allocation doit rendre le congé parental plus attractif.

L'ASSURANCE-MATERNITÉ

Chez nous, elle ne forme pas une branche à part de la sécurité sociale, mais elle est intégrée dans l'assurance-maladie (voir plus bas). Ce qui est curieux, et ne tiendrait probablement pas



à un contrôle par le juge, c'est que les frais médicaux liés à la maternité, encourus avant l'accouchement, ne sont pas remboursés à 100 %, mais au taux habituel de l'assurance-maladie.

Les salaires des jeunes mamans en congé de maternité sont payés par l'employeur, et non par l'assurance-maladie. Au fil des décennies, l'**Union Syndicale** a pu faire cesser toute discrimination des jeunes mamans : ainsi, elles continuent à progresser dans l'échelon et restent promouvables, même pendant leur congé.

LES AIDES AUX HANDICAPÉ(E)S ET AUTRES DÉPENDANT(E)S

Il s'agit là très certainement du parent pauvre de notre sécurité sociale. Dans les États-membres, bien des progrès ont été réalisés pour permettre une meilleure vie aux personnes concernées, mais pour le personnel des Institutions, il n'y a que des briques et des brocs.

Aucune cotisation pour une branche dédiée de la sécurité sociale n'est prévue.

En ce qui concerne les dépenses médicales liées à un handicap ou à une dépendance, les collègues concerné(e)s doivent se battre avec les imperfections d'une assurance-maladie qui n'a pas été pensée pour ces situations, et qui ne prévoit pas toujours une couverture adéquate.

Pour les dépenses non médicales (pensons par exemple à des aménagements immobiliers ou une voiture adaptée), les collègues dépendent du bon vouloir de leur administration et du budget social éventuellement encore disponible. Autant dire qu'il vaut mieux éviter un handicap lorsqu'on travaille dans une petite structure comme une agence...

C'est certainement le domaine présentant le plus grand chantier pour le futur travail syndical, parmi toutes les branches présentées dans cet article.

L'ASSURANCE-MALADIE

Par où commencer, où s'arrêter dans ce domaine aux multiples défaillances...

Tout d'abord, pour éviter tout malentendu, rendons hommage aux nombreux collègues (probablement pas assez nombreux, ceci dit) qui traitent quotidiennement les milliers de demandes de remboursement, prises en charge, factures d'hôpitaux, autorisations préalables, etc. venues de tous les bouts du



monde, en 50 langues ou plus. Un véritable travail de Sisyphe qui ne s'arrête jamais. S'il y a des problèmes, ce n'est certainement pas dû à eux. Merci !

Commençons avec un problème structurel. D'habitude, les caisses d'assurance-maladie dans nos États-membres sont cogérées, paritairement, par les employeurs et les assurés, leurs deux sources de financement. Chez nous, le RCAM (Régime Commun d'Assurance-Maladie) est géré par les employeurs seuls, qui l'ont délégué à la Commission, et plus précisément au PMO. La Commission décide seule combien de ressources elle met à disposition du régime, qui sont les responsables, exécutants, médecins, quels sont les ordres de service, et surtout, ce que le RCAM prend et ne prend pas en charge. Certes, elle adopte le plus bas échelon de la réglementation, les Dispositions générales d'exécution, seulement après consultation des syndicats et de quelques instances paritaires, mais elle n'est pas tenue de suivre leurs avis. Et les étages supérieurs de la réglementation, le Statut (article 72) et la Réglementation Commune ne font l'objet d'aucune négociation.

Certes, il y a un Comité de gestion de l'Assurance-Maladie (CGAM), dans lequel toutes les Institutions et leurs personnels sont représentés. Mais il a un caractère consultatif seulement : il n'a rien d'un véritable Comité de gestion, si ce n'est que le nom.

Au nom des personnels de toutes les Institutions, organes et agences, au nom des assuré(e)s, l'Union Syndicale demande à ce que le RCAM devienne véritablement cogéré, entre employeurs et assurés.

Continuons avec un problème de philosophie. Le RCAM se borne volontairement à la médecine curative. Il refuse une **approche préventive**, même quand toutes les études démontrent un effet financier bénéfique de cette dernière, à ce point que la quasi-totalité des régimes nationaux mettent l'accent là-dessus. Il s'agit de promouvoir un style de vie sain, et donc de participer par exemple aux frais de l'exercice d'un sport ; de détecter des maladies à un stade précoce ; de mettre en place un système de suivi de l'évolution des enfants ; ou simplement de prendre entièrement en charge la vaccination.

Ensuite, il y a cette attitude très négative par rapport aux médecines douces, ou par rapport aux **troubles psychiques**. La réglementation en vigueur, avec ces trous et ambiguïtés, permet aux médecins-conseils (choisis exclusivement par les patrons) de refuser la prise en charge de traitements qui ne feraient aucune discussion pour des assuré(e)s nationaux.

La **maladie grave** est certainement aussi un sujet qui pose problème au RCAM. La logique générale du régime est de laisser toujours une partie du coût médical à la charge du patient, afin de le responsabiliser et de limiter ainsi le recours à une médecine pas toujours nécessaire. Or, il y a des traitements vitaux qui ne permettent pas l'application de cette logique. Le régime a établi 4 critères (discutables) selon lesquels on décide si un patient souffre d'une maladie dite grave - dans ce cas, il obtient 100 % de remboursement. Sauf que bon nombre de traitements vitaux ne correspondent pas à ces critères, finalement arbitraires. Par exemple, la malaria

ne remplit pas ces critères - le malade doit payer une partie des coûts. C'est absolument absurde d'appliquer la logique de la partie non remboursable à des traitements sans lesquels le malade meurt. Quelle surconsommation veut-on éviter ?

Jusqu'ici, aucune solution viable n'a pu être trouvée pour les problèmes qui se posent pour des **frais médicaux encourus hors de la Belgique** (et cela concerne la majorité). Les plafonds de remboursement sont définis par rapport aux prix pratiqués habituellement en Belgique - mais ailleurs, ils peuvent être différents, très différents. Un système complexe - et c'est un mot qui ne rend pas compte de la réalité - de milliers de coefficients correcteurs a été mis en place, mais il est loin d'être parfait. Il arrive par exemple que des affilié(e)s en Italie ne voient que 10 % d'un traitement dentaire remboursé. En général, nos assuré(e)s font souvent l'objet d'une **surtarification**, chez les médecins ou dentistes libéraux, les hôpitaux, ou auprès des prestataires paramédicaux (que ce soit en Belgique ou ailleurs). Pourtant, la jurisprudence a clairement établi l'illégalité de ces pratiques : le RCAM étant un **régime public et obligatoire**, nos assuré(e)s doivent avoir accès aux soins aux prix publics conventionnés dans chaque État-membre.

Et finissons notre tour d'horizon avec les plafonds appliqués pour les différents traitements. Ces plafonds sont revus, si la pression syndicale y est suffisante, tous les 15 ou 20 ans. Mais entre-temps, les prix évoluent. Une grande partie des coûts est de plus en plus souvent supportée par les affilié(e)s. Aujourd'hui, nous sommes bien loin de l'obligation légale (statutaire) de prendre en charge 80 à 85 % des coûts médicaux totaux.

Une refonte complète de tout le régime s'impose !

L'UNION SYNDICALE EST À VOS CÔTÉS POUR TOUT PROBLÈME QUI PEUT SE POSER ET POUR FAIRE VALOIR VOS DROITS !

Qu'il s'agisse des problèmes de transfert de droits à pension, de la perception des allocations de chômage ou d'un refus de remboursement de frais de maladie : les expert(e)s de l'Union Syndicale vous conseillent, vous guident, vous expliquent vos droits et démarches, et, si nécessaire, vous aident à obtenir gain de cause en justice. N'attendez pas qu'il soit trop tard, affiliiez-vous !



BERND LOESCHER

Dr. Bernd Loescher, Secrétariat Général du Conseil de l'UE, Vice-Président de l'USF et de l'USB, Membre du Bureau du Comité du Personnel.





SOCIAL DIALOGUE AT ITS LOWEST EBB

THE COMMISSION'S UNBALANCED INTERNAL RESPONSE TO THE PANDEMIC

This article is a snapshot of the Commission's response – as the largest European Public Service employer – to the Covid pandemic based on the author's personal perspective as well as on Union Syndicale's position on the issues raised in the article.

It covers the main issues arising from the Commission's response but does not attempt to be exhaustive in every detail.

When discussing the Commission's response to the Covid pandemic, the question that immediately comes to mind is: was the response adequate?

The answer to this question cannot be a simple yes or no. However, this article will attempt to illustrate that while Commission, as an employer, adequately tackled the health dimension of the crisis, it failed in providing a satisfactory response to other crisis-related issues affecting working conditions and staff rights. The reason for this failure has to do with the failure of social dialogue during this difficult period.

A HEALTH RESPONSE TO A HEALTH CRISIS

The Covid pandemic was an unprecedented health crisis, with tremendous impact on the economy, on society and of course on individuals.

The response to the health crisis demanded responses at many levels, and large organisations like the Commission were confronted with the need to play their part in protecting public health, protect the health of their employees, while continuing to deliver results, which the EU quite successfully did.

In providing an internal response to the health challenge posed by Covid, the Commission, like other major EU institutions, was able to count on the support of its Medical Service, which literally worked day and night to do fulfil its duty. Of course, the EU institutions did not act on their own. They all followed the instructions from the health authorities of their hosting Member States, which were far from identical, notably at the beginning of the crisis. This resulted in different treatment

being given to staff depending on their host Member State, which was, at times, a source of frustration for staff. The vast majority of us being expatriates, we had to endure particularly complex situations (due for example to restrictions to travel); this was notably the case for colleagues in Delegations.

Over time, however, measures adopted in various Member States did converge. For example, teleworking (I will come back to that later) became the norm wherever it was possible.

From the early days of the pandemic, there was a frantic race to find a vaccine for Covid-19. In record time, several types of vaccine became available and approved for use. Once again, Commission staff were in the hands of the host countries and their different approaches.

More worryingly, when vaccines arrived, divergences between institutions in Brussels also emerged. The Commission, the Council and the Parliament became accredited vaccination centres. The Commission soon decided to vaccinate staff

(including staff from EEAS Headquarters as well as agencies and other bodies) but not staff family members or retired colleagues, relying on the host country for this. The confusion around vaccination of family members and retired colleagues caused a significant amount of distress among staff, their family members as well as retired colleagues.

In Luxembourg and other sites, vaccination was fully in the hands of the national health services and not always stress-free.

Most worrying of all was the situation in Delegations. Many third countries were ill equipped for the stringent handling requirements of vaccination transportation and storage. Deficiencies in health systems' capacity to organise and deliver vaccination was also a concern. Union Syndicale was the leading voice in calling repeatedly for adequate solutions for colleagues in Delegations.

After a difficult start, vaccination proceeded at full speed from early Spring 2021. Vaccination of family members, retired colleagues and vaccination in other sites as well as for Delegation staff were gradually resolved or are being resolved.

Throughout the process, Union Syndicale was the leading voice in asking about the impact of the pandemic and confinement on staff's health, particularly mental health. According to DG HR the number of colleagues infected by Covid-19 remained low and casualties very low, though no precise statistics were provided. There were no precise statistics provided either, despite repeated requests from Union Syndicale, on the impact of the pandemic on colleagues' mental health - DG HR indicated that although the absolute numbers were low, there was a significant increase in cases referred to psychological treatment when compared with previous years.

Notwithstanding certain shortcomings, since the outbreak of the pandemic DG HR did make a remarkable effort to keep staff and staff representatives informed of the pandemic situation and all the health measures adopted.

By and large, OIB put in place adequate measures to ensure safe access to and presence in buildings, for those who were not teleworking. The situation of frontline workers (those being regularly in close physical proximity of other people, like day care workers or drivers) was a constant source of concern. Union Syndicale was the unions' leading voice vis-à-vis the Administration in asking that particular attention be given to those colleagues.

All in all, from a health stand point the Commission internal health response to the Covid pandemic has been, so far, adequate.

THE COMMISSION RESPONSE ON ASPECTS AFFECTING STAFF RIGHTS AND WORKING CONDITIONS

The pandemic brought with it generalised teleworking, which has lasted for well over a year now.

Limited teleworking had been in place for well over a decade in the Commission, thanks to no small extent to pressure from unions, as a measure for better work-life balance. When Covid-19 hit, the once reluctant Commission, like so many other organisations and businesses, was forced to introduce generalised teleworking, for what was initially expected to be a few months.

The immediate evidence that emerged was that, in teleworking mode, the institutions were capable of delivering results on every front, not least in priority areas related to the fight against the pandemic and the recovery from the economic crisis that resulted from it. As far as results goes, teleworking worked!

The picture was not, alas, 100% rosy.

Long-term teleworking presented issues such ergonomics, equipment and connection costs for teleworkers. Up until after the summer of 2020, the prospect was that staff would be physically back to the office in October of that year. However, the first signs that we were about to be hit by a second wave were clear in September and by October the prospects of a quick return had disappeared. In October 2020 Union Syndicale publicly asked that suitable equipment be provided to improve ergonomics at home where needed. Union Syndicale also demanded the allocation of a lump sum, inversely proportional to grade, to offset the additional costs generated by teleworking, notably connection costs.

In December 2020, DG HR finally took the decision to provide support to colleagues willing to acquire a chair and a PC screen. Nothing was done for those that had already equipped themselves (unless they had kept receipts) and there was no measure to offset the extra costs generated by teleworking for lower grades. This is still the case to this day. Union Syndicale keeps reminding the administration that colleagues, particularly those in the lower grades, still suffer from this.

Another issue that emerged in 2020 was the carryover, by 31 December 2020, of holiday beyond the 12 days automatically carried over (as provided for in Article 4 of Annex V to the Staff Regulations). Union Syndicale was the leading voice among unions asking for flexibility, because normal holiday planning had been impossible in 2020, asking in particular for an extension of the cut-off date to 31 March 2021. Unlike other institutions, which applied different degrees of flexibility, the

Commission took an unnecessarily restrictive approach that generated negative feedback from staff — and from managers, who had to implement it. It forced many colleagues to take unwanted leave or face the risk of losing the extra leave days that they had been unable to take due to the pandemic.

Throughout the pandemic, there was a growing number of requests from colleagues to telework from a place other than the place of employment, in most cases from the home country and for family reasons. Once more, EU institutions took different approaches on this matter, with the Commission being, again, the most restrictive of all. The Commission teleworking guidelines contained a couple of family-related exceptional cases allowing teleworking from abroad, rendered in many instances practically ineffective by the provision that they would only apply if travel restrictions persist, the interpretation given to “travel restrictions” being very rigid. Following months of pressure from unions and staff, the initial very restrictive approach was timidly amended twice to allow a small package of 10 days teleworking away from place of employment combined with 5 leave days, well short of staff and unions’ expectations.

DG HR’s restrictive approach on issues about which staff felt quite strongly – financial support to teleworkers, the carryover of leave or teleworking from abroad – was in stark contrast with the totally careless manner in which a “new building policy” was introduced in the midst of the pandemic.

Soon after the pandemic broke out, OIB (following political instructions) came up with a “new building policy” based on the assumption that a large measure of teleworking would continue after the end of the pandemic, resulting in reduced building occupation. The pandemic was indeed proving that large scale teleworking could be a viable way to organise work. The problem was that the building policy was de facto anticipating and committing the institution to a new policy on working time and teleworking that was still to be developed.

The new buzzword for the administration became hot-desking. Overnight, even open space – which preserves personal space – appeared to have become a thing of the past. The new thing was the “first come, first served” office arrangement, whereby personal space was abolished and staff would take whatever space was available upon arrival, without the slightest regard for safety, personal situations or even service requirements. All this was to be done in the absence of any technical frame of reference for such office arrangement.

The first moves resulting from this “new building policy” were presented as a pilot – though it concerned no less than 3 000 colleagues!



This “new building policy” and the manner in which it was presented were so shocking and lacking in common sense that not only unions complained about it. Thirteen Directors-General also felt compelled to co-sign a joint letter addressed to Director-General of DG HR and to the Director of OIB – probably a first in Commission history – complaining about such ill-conceived plans and asking for broad consultation and for the “new decision on working time and teleworking” to “be part of the buildings discussion”.

Directors-General were referring in their letter to a new decision on working time and teleworking that DG HR had been brooding over for months, and that was supposed to be the basis of new working arrangements including new rules for teleworking with obvious potential repercussions on building occupation. Union Syndicale had repeatedly been asking DG HR to put the draft on the table.

After a long wait, shortly before the summer break the draft decision on the implementation of working time and hybrid working was circulated to unions and formal consultation

began. DG HR’s proposal fell well short of staff expectations in every respect. The flexibility that many have hoped the decision would bring about was nowhere to be seen. On the contrary, the draft gives line managers seemingly boundless responsibility to decide every aspect of staff working time (a responsibility that managers themselves were certainly not asking for), dangerously mixes leave and teleworking, does not guarantee the right to disconnect and is, again, excessively restrictive with the possibility of teleworking from a place other than the place of employment.

Of course, this draft decision will be subject to negotiation, the outcome of which it is too early to predict.

The point is that the draft proposal like all the other measures described above point in one single direction: the Commission’s responses to covid-related issues affecting staff rights and working conditions were blatantly inadequate or excessively restrictive.

The key question is then: why was this so?

SOCIAL DIALOGUE AT ITS LOWEST EBB

As we explained above, DG HR did an adequate job in responding to the health dimension of the Covid crisis. Throughout the pandemic, DG HR did make an effort to keep staff informed about measures taken. The problem was that DG HR – and its political masters – seemed to satisfy itself with information – a one way street – and totally neglected the social dialogue that would have been necessary for the other measures described in this article. One flagrant example, among others, is the “new building policy” that OIB pulled out of its hat, making a mockery of existing rules and statutory bodies. It says something that thirteen Directors-General had to write to DG HR and OIB to complain about it.

It is sad to conclude that, in the midst of an unprecedented crisis, social dialogue has reached the lowest ebb that experienced staff representatives can remember.

There is, however, a way forward and this is for DG HR to listen to the voices of staff representatives, recognise the sad state social dialogue is in, and immediately reverse course.

AUGUSTO GONZÁLEZ



Augusto González joined the European Commission in 1989 and has worked in various domains, including education, human resources, financial management, research and space. He held management positions in different Directorates-General of the Commission and is currently Adviser for Innovation in the DG DEFIS. He joined Union Syndicale in July 1993. He is currently member of USB Executive Committee, elected member and Vice-President of the Brussels Local Staff Committee, and First Vice-President of the Central Staff Committee.



LA SÉCURITÉ SOCIALE À L'OFFICE EUROPÉEN DES BREVETS UN APERÇU

Beaucoup de choses qui s'appliquent aux autres Organisations Européennes et en particulier à l'Union Européenne, s'appliquent également à l'Office Européen des Brevets (OEB). Il en va de même des thèmes et des problèmes liés à la sécurité sociale. Cependant, de par sa nature spécifique, l'OEB présente des problématiques qui lui sont propres.

L'OEB, deuxième organisation européenne par nombre d'employés après la Commission, est un **organisme substantiellement indépendant**, qui ne fait ni partie de l'Union Européenne, ni y est rattaché de quelque façon comme les agences de l'UE. Parmi ses états membres, il y a les 27 états membres de l'UE, mais aussi 11 états qui ne le sont pas. Il ne fait pas non plus partie des Organisations coordonnées, bien que quelques liens existent ou étaient prévus¹.

Contrairement aux autres organisations internationales européennes, qui pour la plupart dépendent financièrement des états membres, l'OEB est **entièrement autofinancé** par les taxes et redevances annuelles engendrées par les (demandes de) brevets et génère même de l'argent pour les

états membres. Étant une organisation à vocation typiquement scientifique et technique, **sa visibilité politique est moindre**, si bien que le management et le Conseil d'Administration, qui représente les états membres, peuvent opérer relativement loin du regard du grand public.

On peut aisément comprendre que ces particularités ont eu et continuent d'avoir une influence, pas toujours positive, sur la façon dont les rapports sociaux et la sécurité sociale – dans le cas en espèce – ont été structurés et sont régis à l'OEB. A cela s'ajoute le fait que l'OEB est **réparti sur quatre sièges**, deux en Allemagne, un aux Pays-Bas et un en Autriche, ce qui ne simplifie en rien les problématiques liées à la sécurité sociale.

Regardons maintenant un peu plus en détail la structure de la sécurité sociale à l'OEB, en faisant au besoin quelques parallèles avec celle de l'UE, ses problèmes spécifiques, ses défaillances, les défis à venir pour les résoudre et les actions (légales) que l'USOEB (Union Syndicale OEB) a déjà entreprises ou entend entreprendre pour les contrer.

¹ [cf. p.ex. Art.1[2] et Art. 50 du Règlement de Pensions de l'OEB]



Avant de continuer, précisons que les agents sont affiliés d'office aux régimes de prévoyance sociale et de pensions de l'OEB, sauf s'ils sont nommés pour une durée déterminée inférieure à deux ans. Dans ce cas, ils peuvent choisir de s'affilier au régime national de prévoyance sociale ou de pensions.

L'ASSURANCE VIEILLESSE (ARTICLE 54 DU STATUT DES FONCTIONNAIRES)

Tout agent est mis à la retraite d'office à l'âge de 65 ans, ou avant, à sa demande ou pour des raisons de santé, selon certaines conditions.

Depuis 2009, **deux systèmes d'assurance vieillesse co-existent**.

Le premier système, le OPS (Old Pension Scheme) auquel tous les employés embauchés avant le 1er janvier 2009 sont affiliés, est un **système traditionnel** de type DBO (Defined Benefit Obligation), c'est-à-dire un système dans lequel les montants des retraites sont définis en fonction de l'ancienneté de service (au maximum 35 ans), le taux d'accumulation annuel (actuellement 2%) et le dernier salaire de base. L'employé a le droit de choisir entre les barèmes de retraite du dernier pays hôte dans lequel il a été employé de l'OEB, ou de son pays d'origine. Le droit à la pension d'ancienneté est ouvert à l'âge de 60 ans. Lorsque l'agent cesse ses fonctions avant l'âge de 60 ans, la pension est différée, ou à sa demande, et s'il a atteint l'âge de 50 ans, elle est anticipée, mais réduite en fonction de son âge.

Comme à l'Union Européenne, **un tiers du financement est assuré par les employés et deux tiers par l'employeur**. Sur la base de calculs actuariels, on détermine les réserves nécessaires pour pouvoir payer les retraites jusqu'à un certain horizon temporel. On calcule ensuite sur la base des taux d'actualisation présumés les montants mensuels à verser. Ces montants servent ensuite à payer les retraites et le surplus va dans un fond de réserve, le RFPSS. Jusqu'à présent, les montants mensuels versés par les employés et l'employeur ont été suffisants pour payer les retraites. A partir de l'année prochaine cependant, il faudra peut-être avoir en partie recours aux fonds du RFPSS, comme initialement prévu dans le schéma. Avec plus de 10 milliards d'euros dans ses caisses le RFPSS est bien loti pour sa tâche, quoiqu'en dise le management. De plus, un deuxième fond, l'EPOTIF, d'environ 4 milliard d'euros est actuellement disponible au cas où.

Nous remarquerons au passage que l'administration, à maintes reprises, a utilisé ces dernières années des études financières commanditées et basées sur des scénarios irréalistes pour mettre en doute la solidité financière de l'OEB et du fond de réserve de pensions, et ce pour pouvoir entre autre augmenter la cadence de production et réduire les ajustements salariaux.

Bien que le salaire de base ne soit pas imposé par les états hôtes ou membres, car il est soumis à un impôt interne, les états membres ne reconnaissent pas ce droit en ce qui concerne les retraites, qui y sont imposées. L'Article 42 du Règlement de Pensions prévoit cependant un ajustement de la retraite correspondant après imposition à environ 50% de l'impôt².

2 cf. CA/D 14/08

Venons-en maintenant au **deuxième système** de retraite de l'OEB, le NPS (New Pension Scheme), introduit le 1er janvier 2009 et auquel sont affiliés tous les employés embauchés à partir de cette date. Ce système **peut être défini d'hybride** car il est constitué de deux parties : une première partie comprenant le NPS proprement dit, c'est-à-dire un système de pension traditionnel similaire à l'OPS, mais qui ne couvre qu'une partie des droits à la retraite, car il est plafonné³ et une deuxième partie, le SSP (Salary Savings Plan), un plan d'épargne à la retraite⁴, couvrant le reste. La répartition monétaire entre le NPS et le SSP dépend de différents facteurs, mais principalement du grade et du salaire correspondant de l'employé.

L'introduction de ce deuxième système de retraite en 2009 avait pour effet de créer deux groupes d'employés ayant les mêmes qualifications et affectés aux mêmes tâches. La représentation du personnel et l'**USOEB** s'étaient **fermement opposés à son introduction**, car ils trouvaient que les préoccupations financières qui l'avaient motivée n'étaient pas fondées, que ce deuxième système était injuste pour les nouvelles recrues et qu'il était déplorable de diviser ainsi le staff en deux catégories. Plusieurs actions furent entreprises, dont des actions légales de la part des représentants du personnel⁵, sans pour autant avoir pu obtenir gain de cause.

INCAPACITÉ – ARTICLES 62TER ET 62QUATER DU STATUT (EX ASSURANCE INVALIDITÉ)

En 2015, le Conseil d'Administration⁶ modifia les règlements concernant l'invalidité en mettant l'accent sur le concept d'incapacité partielle ou totale. Avant cette réforme, les employés étaient tenus de contribuer à une assurance invalidité. En cas d'invalidité, des émoluments et un montant forfaitaire, « lump sum », étaient versés, servant à couvrir la perte de revenus due à l'invalidité. **La réforme** réduisit les émoluments et **abolit d'un coup la « lump sum »**, sans remplacement ou alternative. Ceci mit en difficulté les employés âgés qui ne pouvaient pas trouver sur le marché privé une assurance invalidité à des conditions similaires. Des employés qui avaient contribué pendant plus de 25 années, ont vu tout disparaître, du jour au lendemain, au moment où ils en auraient eu le plus besoin.

Après cinq années de procédures, **la Commission de Recours Interne** a donné son opinion en mars dernier sur un recours présenté par des collègues avec le soutien de l'**USOEB**. **Elle a conclu à l'unanimité qu'en supprimant la « lump sum »** sans prévoir des mesures transitoires pour une transition sans heurts, **l'OEB a manqué à son devoir de sollicitude**. La Commission de Recours a aussi recommandé au Président de l'OEB, M. Campinos, de prendre les mesures de transition appropriées.

3 cf. Art. 10(1) du Nouveau Règlement de Pensions et CA/D 12/08

4 cf. Art. 65(3) du Statut et CA/D 13/02

Suite au refus du Président de l'OEB, M. Campinos, de suivre les recommandations unanimes de la Commission de Recours sur ce point, **nombre de collègues avec le soutien de l'USOEB ont déposé une plainte au Tribunal Administratif de l'OIT** (Organisation Internationale du Travail - TAOIT).

L'ASSURANCE MALADIE

Avec l'assurance vieillesse, elle constitue un des piliers les plus importants de la sécurité sociale. A l'OEB, l'assurance maladie est régie par l'Article 83bis du Statut, le Règlement d'Application relatif et la Circulaire 368 (Guide sur la couverture). Elle couvre les agents et les personnes à leur charge, et inclut les frais occasionnés en cas d'accident, de grossesse et accouchement. Le choix du médecin, du pharmacien, de l'hôpital est entièrement libre à l'échelle internationale. Il n'est pas toujours nécessaire de consulter un omnipraticien. Les remboursements des honoraires des omnipraticiens, des spécialistes, ainsi que les frais hospitaliers sont en ligne générale à hauteur de 100%. Les remboursements des autres frais (dentistes, soins à domicile, médicaments, analyses médicales, physiothérapie,...) varient entre 80% et 100%, et sont en partie sujets à des plafonds. Les taux des remboursements des différents frais médicaux sont fixés dans le guide sur la couverture qui est mis à jour périodiquement avec la **participation -à effet consultatif seulement- de la représentation du personnel**. La cotisation est fixée par le Président de l'OEB sur la base d'une étude actuarielle. Un tiers de la cotisation est à la charge de l'agent.

Le système d'assurance maladie est administré par la compagnie externe Cigna (ancienne Van Breda). Comme à l'Union Européenne, il existe un problème structurel, car la caisse d'assurance-maladie n'est pas cogérée paritairement par l'employeur et les assurés, comme dans les états membres.

Du fait de sa répartition sur quatre sites, l'OEB doit faire face à des conditions spécifiques dans chacun d'eux en ce qui concerne les soins de santé. En particulier, il y a des **grandes différences en ce qui concerne l'approche aux soins de santé en Allemagne et aux Pays-Bas**, si bien du point de vue strictement médical, que celui des coûts. Par exemple, les coûts moyens par assuré de l'OEB à Munich sont sensiblement supérieurs aux coûts moyens des assurés de l'OEB à La Haye. L'OEB a donc du mettre en place quelques règlements spécifiques pour certains de ses sites.

En raison de l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi sur l'assurance-maladie en 2006 (« zorgverzekeringswet ») aux Pays-Bas, l'OEB a conclu un contrat collectif avec un assureur néerlandais⁷, la prime due à l'assureur néerlandais étant payée directement par Cigna.

5 cf. p.ex. jugement 3427, TAOIT

6 cf. CA/D 2/15 et CA/14/15 rev 1

Il existe aussi une assurance décès⁸, qui cesse normalement au moment de la cessation des fonctions de l'agent.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

L'Article 83ter du Statut et son Règlement d'application définissent la couverture en cas de dépendance, c'est-à-dire lorsqu'une personne assurée doit avoir recours à de l'aide pour l'accomplissement des actes de la vie courante, à la suite d'une diminution importante et durable de son autonomie. L'agent, son conjoint, ses enfants et les autres personnes à sa charge sont couverts par cette assurance. Certains collègues retraités aux Pays-Bas avaient eu de la peine dans le passé à pouvoir faire face aux frais encourus à cause de leur dépendance, étant donné les coûts exorbitants pratiqués aux Pays-Bas lorsqu'on ne fait pas partie du système de soins national. **L'USOEB et la représentation du personnel suivent de près l'évolution de la situation et participent aux mises à jours de la réglementation⁹.**

LES ALLOCATIONS FAMILIALES (ARTICLES 67 À 70BIS DU STATUT)

L'ALLOCATION DE FOYER

Elle est fixée à 6% du traitement de base. Les agents mariés ou ayant une ou plusieurs personnes à leur charge y ont droit.

L'ALLOCATION POUR LES ENFANTS À CHARGE

- Enfants à charge

Elle est accordée pour tout enfant légitime, naturel ou adoptif n'ayant pas encore atteint l'âge de 18 ans et sur demande pour les enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de 26 ans et reçoivent une formation scolaire ou professionnelle. Pour les enfants n'ayant pas encore atteint l'âge de 4 ans, une allocation supplémentaire pour enfant en bas âge est prévue. Cette allocation a été récemment modifiée par le Conseil d'administration et fait l'objet de plusieurs critiques de la part du personnel de La Haye, étant donné que son montant est nettement inférieur aux frais des garderies hollandaises.

- Enfants handicapés à charge

L'agent ayant un enfant atteint d'un handicap attesté médicalement peut bénéficier d'une allocation pour enfant handicapé à charge, quel que soit l'âge de l'enfant. Les dépenses d'éducation ou de formation spécifiques au besoin de l'enfant handicapé sont prises en compte à 90%.

- L'allocation pour autres personnes à charge

Elle peut être accordée pour un ascendant, un parent ou un allié sur présentation de pièces justificatives lorsque l'agent assure principalement et continuellement l'entretien de cette personne.

MATERNITÉ, CONGÉ PARENTAL ET CONGÉ FAMILIAL

Comme à l'Union Européenne, il n'existe pas une assurance maternité spécifique et tous les frais médicaux occasionnés par la grossesse et l'accouchement sont couverts par l'assurance maladie. Une allocation de naissance est prévue à l'Article 85 du Statut, ainsi qu'un congé maternité payé d'au moins 20 semaines¹⁰. Tout fonctionnaire a aussi droit à un congé parental d'une durée maximale de 120 jours ouvrables à prendre avant le douzième anniversaire de l'enfant et à un congé familial d'une durée maximale de 180 jours pour pouvoir aider son conjoint ou un proche parent atteint d'une maladie grave¹¹. Pendant le congé parental et familial, l'agent perd son droit à la rémunération, mais perçoit une allocation mensuelle.

INDEMNITÉ D'ÉDUCATION (ARTICLE 71 DU STATUT)

En ce qui concerne l'enseignement préscolaire, primaire et secondaire, les frais de scolarité directs sont remboursés jusqu'à un certain plafond, qui dépend du lieu d'affectation, sauf lorsque l'enfant fréquente une école européenne subventionnée par l'OEB, car dans ce cas les frais sont directement pris en charge par l'Office. Une somme forfaitaire est prévue pour les frais de scolarité indirects.

En juin 2021, le Conseil d'administration, sur proposition de l'administration, a introduit une réforme, contre l'avis de la représentation du personnel, supprimant l'ancien Article 120bis du Statut, qui prévoyait la prise en charge par l'OEB des frais de scolarité des écoles internationales, lorsqu'un agent ne pouvait envoyer son enfant dans une école européenne, pour des motifs indépendants de sa volonté.

Plus de mille agents de La Haye ont signé une pétition contre la réforme adressée au Conseil d'administration, car l'école européenne de La Haye ne garantit pas un niveau de prestations équivalent à une école européenne de type 1 (comme celle de Munich, qui de plus est subventionnée par l'OEB), et les plafonds de remboursement fixés par le Conseil sont bien inférieurs aux frais de scolarité de certaines des écoles internationales de La Haye (British School, American School) où bon nombre d'enfants de nos collègues sont inscrits. Seules des mesures de transition, jugées insuffisantes par la représentation du personnel, ont été prévues. La réforme



introduit aussi une disparité de traitement entre les différents sites et est discriminatoire à l'égard des grades les moins élevés. **USOEB La Haye est en train de préparer une requête en révision et des actions légales.**

Concernant l'enseignement postsecondaire, les frais de scolarité directs sont remboursés à hauteur de 70%, dans la limite d'un plafond annuel, et les frais de scolarité indirects sont remboursés par le biais d'une somme mensuelle forfaitaire qui dépend du fait que l'enfant habite ou non dans son foyer familial. La réforme de l'indemnité d'éducation citée plus haut a étendu le droit à bénéficier des remboursements pour les frais liés à l'enseignement postsecondaire aussi aux agents nationaux, c'est-à-dire aux agents ayant la nationalité de l'Etat dans lequel se situe leur lieu d'affectation.

AUTRES INDEMNITÉS LIÉES À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Il existe d'autres indemnités qui s'appliquent à une partie seulement des agents comme l'indemnité d'expatriation, l'indemnité d'installation, l'indemnité de logement, etc. qui peuvent être rattachées à la sécurité sociale, selon la définition plus ou moins large que l'on veut lui attribuer.

Concernant le chômage, il n'y a pas à l'OEB une assurance chômage en tant que tel, mais des simples dispositions concernant le préavis en cas de démission d'office ou pour incompétence professionnelle, allant de un à neuf mois selon les cas¹² et une indemnité dans certains cas. Il existe aussi un article du Statut concernant la mise en disponibilité¹³. Etant donné que ces règlements avaient été prévus pour un ensemble d'employés ayant à très grande majorité un statut de fonctionnaire et que les licenciements étaient très rares, il y aura lieu de revoir ces dispositions et d'introduire peut-être une assurance chômage vu qu'à partir de 2019 les nouveaux contrats sont presque exclusivement à durée déterminée.

CONCLUSIONS

Cet article n'est qu'un aperçu de la sécurité sociale à l'OEB et n'a nullement la prétention d'être exhaustif. On déduit cependant de ce bref tour d'horizon que **beaucoup de problèmes existent en ce qui concerne la sécurité sociale à l'OEB**. Comme on l'a vu, il y a les problèmes liés à la coexistence de deux systèmes d'assurance vieillesse, ceux liés à l'invalidité, ceux de l'assurance maladie et de l'indemnité d'éducation dus en grande partie aux particularités et aux différences entre chaque lieu d'affectation et à l'incapacité de l'administration d'y faire face, pour n'en citer que quelques-uns.

Il y a aussi, et cet aperçu ne le montre peut-être pas suffisamment, une stratification d'articles, de règlements d'application et de circulaires, qui se sont superposés au fil des années, selon le bon vouloir des administrations successives (surtout dans les dix dernières années), de façon souvent chaotique, avec tous les risques - inhérents à un tel développement - de créer des contradictions intrinsèques entre les différentes normes, comme l'ont clairement démontré, dans un domaine proche, les derniers jugements du Tribunal Administratif de l'OIT¹⁴ concernant les graves défaillances de la réglementation sur le droit de grève à l'OEB.

On l'aura compris, il y a beaucoup de pain sur la planche. **L'USOEB est prêt à faire sa part du travail, mais il faudra que l'administration change radicalement son attitude** et accepte de travailler main dans la main avec ses partenaires sociaux pour sortir de l'impasse.



ROBERTO RIGHETTI

Membre du Bureau Fédéral USF et Membre du Bureau SUEPO-TH.



7 cf. Circulaire 314

8 cf. Article 84 du Statut

9 cf. mises à jour de la Circulaire 266

10 cf. Article 61 du Statut

11 cf. Articles 45bis et 45ter du Statut

12 cf. Articles 52 et 53 du Statut

13 cf. Article 46 du Statut

14 cf. jugements TAOIT 4430-4435



PAID SICK LEAVE SCHEMES AND THE PANDEMIC

KEY FEATURES OF MEASURES TAKEN IN EU COUNTRIES ¹

Lockdowns and other restrictive measures introduced during the Covid-19 pandemic and the ensuing economic recession have had a strong impact on labour markets worldwide. As far as the European Union (EU) is concerned, the accelerated fall in total employment was the sharpest decline ever observed over two successive quarters since 1995¹ (European Commission 2020a: 20). Unemployment, however, decreased moderately over 2020, although to differing extents in individual Member States and at different paces during the various lockdown phases (ibid.: 7), mainly thanks to the social protection schemes which were put in place. This exceptional and unpredictable context puts the pivotal role of social protection squarely in the spotlight, reminding policymakers and citizens of the essential role of strong social protection to cushion against potential disastrous social impacts and job destruction.

As Covid-19 is, first and foremost, a health crisis, among the most important social protection measures taken by the Member States during 2020 and 2021 were those relative to paid sick leave schemes. The aim of this article is to shortly describe the main features of these measures.

Existing schemes protecting workers against the risk of sickness by ensuring them financial support vary significantly between Member States, and benefits differ alongside some key dimensions such as eligibility conditions, duration and replacement rate. A general distinction can be drawn between 'sick pay' and 'sickness benefits' (Spasova et al., 2016). Sick pay

refers to '[the] continued, time limited, payment of (part of) the worker's salary by the employer during a period of sickness' (ibid.: 4). State-mandated sick pay schemes are targeted at employees and are available in all the Member States except for Cyprus, Greece, Ireland and Portugal. Sickness benefits are 'provided by the social protection system and [are] paid as a fixed rate of previous earnings, or a flat-rate amount' (Spasova et al., 2016:4). Sickness benefit schemes – available in all EU Member States – cover employees (usually, after the expiry of the sick pay period, when this exists) and the self-employed.

The vast majority of EU countries have enacted measures aiming at adapting their paid sick leave benefits to the new circumstances of the pandemic. Among the most widespread measures implemented there is, first, the broadening of the circumstances covered by sick pay or sickness benefits besides cases of actual illness. In this respect, no less than 25 Member States have enacted measures granting paid sick leaves to workers under mandatory quarantine for circumstances related to Covid-19 (for instance, because they had contacts with an infected person or after coming back from travels in at risk areas) or to workers (mostly employees) belonging to groups particularly at risk of developing serious forms of illness if infected by the new coronavirus. Second, a number of countries have reduced or abolished waiting periods, i.e. the number of days during which the worker has no access to any compensation in case of sickness. While, in most of these countries, waiting periods have been waived only for circumstances related to Covid-19 (e.g., infection or mandatory quarantine), in a few countries this also applies to waiting periods for sick leave for any kind of illness. Third, in no less than

ten countries the level of paid sick leaves for circumstances related to Covid-19 is higher than the level of ordinary sick pay or sickness benefits, while in only two countries (Belgium and Sweden) higher benefits than in the pre-pandemic period have been paid also for of sick leaves not related to Covid-19. Fourth, in more than half of the EU countries, national governments and social security institutions have stepped-in to reduce employers' responsibilities in the payment of sick leaves related to Covid-19. Fifth, in no less than twelve EU countries Covid-19 infections contracted at the workplace or during the performance of work-related activities have been recognised as – or assimilated to – an occupational disease or accident at work, a circumstance having important implications for the level of the benefits granted to workers (usually higher than ordinary sickness benefits) and the possibility to have immediate access to financial support, without any waiting period. This said, in some of these countries only workers of some specific sectors such as healthcare staff or workers in essential services have access to occupational disease/accident at work benefits in case of Covid-19 and, sometimes, these measures are only targeted to employees.

Our researches conclude that, in most EU countries, measures enacted during the pandemic have strengthened the protection offered to workers in case of sickness but that, for a number of reasons, the impact of these changes on the adequacy and inclusiveness of national paid sick leaves systems should not

be overestimated. First, all the measures we have identified are temporary: they are meant to stay in force only for the duration of the state of emergency due to the pandemic. Second, most of these measures only concern circumstances related to Covid-19: only a few changes have concerned sick pay and sickness benefits paid for reasons other than Covid-19. Third, these measures seldom address existing gaps in terms of protection of specific categories of workers. In many countries, indeed, already before the pandemic some workers were de facto excluded from access to paid sick leave benefits or were only inadequately protected (Spasova et al. 2017). This is the case of non-standard employees (for instance, part-time workers, seasonal workers, platform workers) and of some categories of self-employed, that can be excluded by an effective coverage because they may be unable to meet eligibility criteria for access to paid sick leave benefits such as minimum employment periods or minimum contributions paid. These criteria have been relaxed during the pandemic in no more than five countries and only for benefits concerning Covid-19. For the rest, no specific measures to ensure a better protection of those categories of workers have been implemented so far.

REFERENCES:

Baptista, I., Marlier, E., Spasova, S., Peña-Casas, R., Fronteddu, B., Ghailani, D., Sabato, S. and Regazzoni, P. (2021/ forthcoming), "Social protection and inclusion policy responses to the COVID-19 crisis. An analysis of policies in 35 countries", European Social Policy Network (ESPN), Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Spasova S., Bouget D. and Vanhercke B. (2016) Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union, Background report for the Social Protection Committee's In-Depth Review on sickness benefits, Brussels, European Social Protection Network (ESPN), European Commission.

Spasova, S., Ghailani, D., Sabato, S., Coster, S., Fronteddu, B. and Vanhercke, B. (2021), Non - standard workers and the self-employed in the EU: social protection during the Covid-19 pandemic, Brussels, European Trade Union Institute, 51 p.

Spasova, S., Sabato, S., Ghailani, D., Fronteddu B. et Vanhercke, B. (2021/forthcoming), Protection sociale pendant la pandémie : les mesures prises pour les travailleurs atypiques, Les Cahiers de la FEC, FEC.



SLAVINA SPASOVA

PhD in Political Sciences, is a senior researcher at the European Social Observatory (OSE). Her research focuses on social protection and employment related subjects such as non-standard workers and self-employed, reforms of pensions and long-term care. Contact: spasova@ose.be



SEBASTIANO SABATO

PhD in Political Sciences, is a senior researcher at the European Social Observatory (OSE). His research interests include EU socio-economic governance, comparative social policy and policies related to the socio-ecological transition. Contact: sabato@ose.be



¹ This article extensively draws on previous research on social protection measures during the Covid-19 pandemic, notably: Baptista et al. (2021/forthcoming); Spasova et al. (2021a) ; Spasova et al.(2021b/ forthcoming).



SOINS DE SANTÉ AU LUXEMBOURG L'ISSUE SERA POLITIQUE

Au Luxembourg, les salariés, les indépendants et les membres de leur famille sont, en vertu de la loi, assurés obligatoirement par la Caisse nationale de santé (CNS).

Les fonctionnaires, agents ou pensionnés d'un organisme international soumis à un régime d'assurance maladie propre, tel que le RCAM, sont expressément exemptés de l'affiliation à la CNS.

Dans le cadre national luxembourgeois, il existe un système de **conventionnement général et obligatoire**. Tous les médecins et médecins-dentistes sont obligatoirement conventionnés et obligés de respecter les nomenclatures et tarifs en vigueur. C'est sur cette base que les frais médicaux sont pris en charge par la CNS.

La CNS a conclu avec chaque groupe de prestataires de soins et avec la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) des conventions qui définissent le cadre de leurs relations.

Un hôpital luxembourgeois applique aux assurés relevant d'un régime légal d'un autre État membre de l'UE, de la Suisse ou de l'EEE, les mêmes tarifs qu'aux assurés CNS.

ACCORD AVEC LES MÉDECINS : RÉSILIÉ

En 2005, la Commission et la BEI avaient conclu avec l'Association des médecins et médecins-dentistes luxembourgeois (AMMD), un accord en vertu duquel les médecins signataires s'engageaient à appliquer les tarifs de la nomenclature nationale majorée de 15%, ce qui, à l'époque, était considéré comme un frein à une surtarification sans limites.

En 2018, la Commission a résilié cet accord en invoquant comme base juridique la **directive 2011/24/CE**, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, dont l'applicabilité aux affiliés RCAM ne fait pas l'unanimité. L'AMMD a transmis cette décision de résiliation à ses membres, sans prendre position. Les résultats ont été mitigés.

CONVENTION AVEC LES HÔPITAUX : RÉSILIÉE

Or, ce qui pèse de loin le plus lourdement sur notre assurance maladie et sur les assurés/patients sont les frais liés aux soins hospitaliers.

En 1996, la Commission et la BEI avaient conclu, avec l'Entente (rebaptisée ultérieurement Fédération) des Hôpitaux luxembourgeois (FHL) et l'État luxembourgeois, une convention prévoyant la mise en place d'une **Commission technique** qui veillerait à l'établissement des tarifs applicables aux assurés du RCAM et de la Caisse de la BEI. Ces tarifs seraient **majorés de 15%**. Le principe du **tiers payant généralisé** était adopté pour toute hospitalisation (ce qui veut dire qu'en cas de séjour du patient à l'hôpital, celui-ci envoie ses factures à sa Caisse).

Or, ladite Commission technique s'est réunie pour la première fois en 2018. Les tarifs appliqués aux affiliés RCAM étaient souvent exorbitants et inexplicables.

L'ARRÊT WATTIAU ET SES CONSÉQUENCES

Le requérant de **l'affaire T-737/17**, pensionné du PE, a contesté la partie des frais médicaux que le RCAM avait mis à sa charge à l'occasion d'un traitement pratiqué avec un appareil de pointe. Le Tribunal de l'UE a déclaré la convention de 1996 illégale, comme étant à l'origine d'une discrimination indirecte en raison de la nationalité.

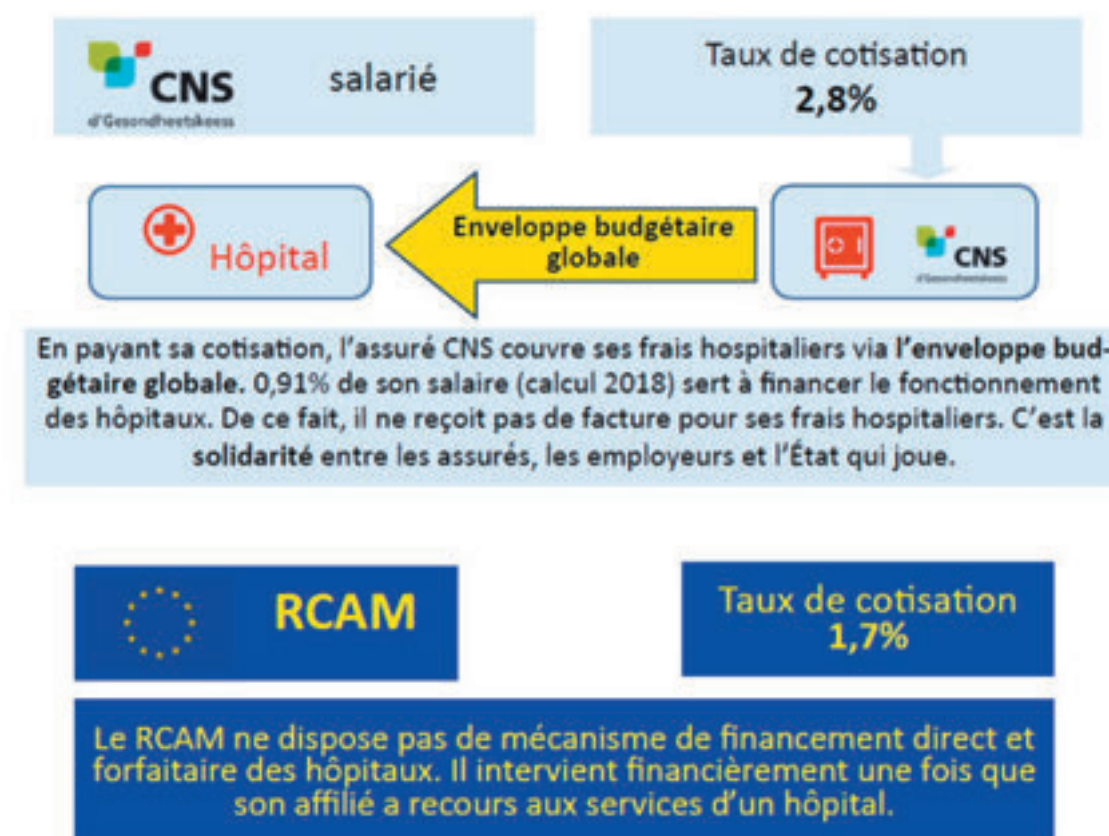
Pour annuler l'acte attaqué, il aurait suffi de constater que les tarifs appliqués étaient illégaux parce que fixés « de manière

unilatérale », puisque la Commission technique prévue par la convention n'avait pas été constituée afin de définir les tarifs applicables aux assurés RCAM.

Or, l'arrêt fonde l'illégalité sur un raisonnement différent : il compare les coûts supportés par le requérant avec les coûts qu'aurait supportés un affilié à la CNS, « **sous forme de facturation**, pour le même traitement ». En cause la convention de 1996, qui « instaure un régime de **facturation** dans lequel un patient affilié au RCAM doit supporter à la fois les coûts variables et les coûts fixes associés audit traitement », contrairement à un affilié à la CNS, qui « ne doit rien acquitter par séance ».

LE SYSTÈME DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX LUXEMBOURGEOIS

Se borner à tenir compte de ce qu'un affilié au CNS débourse « sous forme de facturation », c'est méconnaître le fait que l'ensemble de ses assurés salariés y cotisent à hauteur de 2,8% de leur salaire brut ou de leur pension brute. Via l'**enveloppe budgétaire globale**, ils financent ainsi solidairement les hôpitaux luxembourgeois, en rendant leur fonctionnement possible. Cette enveloppe inclut tant les frais fixes que les taux variables (v. graphique).





Faire abstraction de ce mécanisme éminemment solidaire, par lequel la masse des frais hospitaliers est supportée par l'ensemble des affiliés plutôt que par le patient, serait juridiquement et économiquement incohérent et, de surcroît, profondément injuste. Pour devenir « comparable » au RCAM, le régime luxembourgeois devrait renoncer à un mécanisme qui le rend exemplaire.

Le fondement juridique du RCAM, à l'opposé de celui des systèmes légaux nationaux, ainsi qu'une présentation du système luxembourgeois d'assurance-maladie, sont exposés à <https://epsu-cj.lu/assurance-maladie-comprendre-avant-dagir/>.

Le RCAM, système de remboursements des frais, n'a pas été conçu de la même façon. Il ne peut pas non plus être façonné sur le modèle luxembourgeois sans modification du statut des fonctionnaires, une opération à haut risque.

LA DÉRÉGLEMENTATION N'EST PAS DU CÔTÉ DU PROGRÈS SOCIAL

À la suite de la résiliation de la convention de 1996 avec les hôpitaux, on s'est trouvé devant un vide juridique. Depuis le 1.1.2020, la Convention n'est plus en vigueur. Mais il est bien connu que la déréglementation ne favorise pas la partie faible du contrat.

Première mesure annoncée : puisque les hôpitaux sont désormais **non conventionnés**, le principe du tiers payant généralisé (ou « prise en charge » automatique) des assurés RCAM hospitalisés au Luxembourg a été supprimé. Les affiliés souhaitant une prise en charge devront demander à l'hôpital luxembourgeois une estimation (un devis), afin de permettre au RCAM d'analyser le dossier. En cas de doute, ils se voient conseiller de ne pas la signer !

De cette façon, **le RCAM fragilise la position de son affilié au moment où celui-ci a le plus besoin de sécurité.**

Au-delà des déclarations unilatérales de la part de la Commission et en l'absence de cadre juridique contraignant et incontestable, chacun tire de ce flou juridique ses propres conclusions. Les prix appliqués sont tantôt beaucoup plus élevés, tantôt beaucoup plus bas.

LA SOLUTION SERA POLITIQUE

La confrontation d'intérêts économiques (recherche du profit, d'une part, efforts d'économies, d'autre part) sous un habillage juridique mène à une impasse. Le conflit doit remonter au niveau politique, qui posera les bases d'un accord, puis redescendre au niveau technique, qui précisera les modalités de cet accord.

L'accord conclu par la Commission, **CZ Zorgpass aux Pays-Bas pour les affiliés au RCAM (Vox 119)**, pourra servir d'exemple à suivre pour le Luxembourg.

Sur cette base, la CNS délivrerait aux affiliés RCAM une **carte de « sécurité sociale »** valable au Luxembourg. Cette carte leur donnera accès aux soins aux prix que la CNS aura négociés avec les prestataires de services. L'ensemble des frais sera payé par la CNS et facturé au RCAM, qui récupérera ensuite la quote-part de l'affilié en application de ses propres règles (p. ex., 15% ou 20%).

De cette façon, les affiliés au RCAM bénéficieront, au Luxembourg, des mêmes **'tarifs'** (ce qui ne veut pas dire les mêmes 'factures') que les assurés à la CNS. Les économies obtenues pour notre caisse devraient compenser les frais administratifs supplémentaires engendrés pour la CNS.

Les interlocuteurs au niveau politique des institutions européennes seront amenés à tenir compte non seulement des intérêts des opérateurs économiques impliqués, et notamment des hôpitaux, mais aussi de **l'attractivité du site du Luxembourg** pour les institutions européennes, qui souffrent notamment de la flambée des prix du logement.

Au niveau technique, ce sera à nous de nouer des liens de collaboration avec les syndicats luxembourgeois, qui comptent pour un tiers des voix au sein du Comité directeur de la CNS.

Aucun progrès social n'est offert. Tout dépendra de votre information correcte et de votre participation.



VASSILIS SKLIAS

Secrétaire général d'EPSU-CJ.



HISTORICAL JUDGMENTS OF THE ILOAT ON THE FUNDAMENTAL RIGHT TO STRIKE BREACHED BY THE EPO

ABOUT US

On 7 July 2021, the International Labour Organisation Administrative Tribunal (ILOAT) ruled that the European Patent Office (EPO) strike regulations put in place since 1 July 2013 created a regime placing several limitations on the exercise of the right to strike which was unlawful **because it violated the fundamental right** to strike. After 8 years of breach of a fundamental right at the EPO (including 3 years under the mandate of a new President), it is now time to take the consequences and to repair the damage done to the Organization and its Staff.

In its 132nd session the Tribunal delivered a total of 43 judgments, of which **25 concern the EPO.**

The encouraging news from this session are that the following cases, **concerning the right to strike at the EPO, were all ruled in favour of the complainants:**

- Judgments **4430**, **4432** and **4434** on the EPO **Circular 347** ("Circular on Strikes")
- Judgments **4433** and **4435** on deductions of 1/20th per day of strike.

Among these judgments, **Judgment 4430 is fundamental**, because it has a general scope, defining and restating some universal principles relating to the right to strike in International Organisations. Furthermore **Judgement 4430 considers that the EPO Circular 347 on strikes is unlawful and should be set aside.**

This is a **clear legal victory for the complainants, the Staff of the EPO and SUEPO** (Staff Union of the European Patent Office) which supported some complainants all along.

BACKGROUND

In June 2013, following a proposal of former EPO President Benoît Battistelli the Administrative Council adopted document CA/D 5/13, which created a new Article 30a of the Service Regulations relating to the right to strike.

This new **Article 30a** sets out some basic rules concerning strikes. Its paragraph (2) defines a strike as "...a collective and concerted work stoppage for a limited duration related to the condition of employment." Paragraph (3) states that a strike may be called by "A Staff Committee, an association of employees or a group of employees....". Paragraph (4) says that "The decision to start a strike shall be the result of a

vote by the employees", and finally paragraph (10) authorises the President of the EPO to "...lay down further terms and conditions for the application of this Article to all employees; these shall cover inter alia the maximum strike duration and the voting process".

On the basis of this last provision of Article 30a, **Circular 347** ("Circular on Strikes") containing **"Guidelines applicable in the event of strike"** was issued and came into effect on 1 July 2013.

HERE ARE THE MOST CHALLENGED PRAGRAPHS OF CIRCULAR 347:

- 1 Strike: "... industrial actions ... such as go-slow or work to rule shall not be considered as a strike..." and consequently they shall not be granted the same protection.
- 2 Call for a strike: "...or a group of employees representing at least 10% of all EPO employees may decide to call for a strike"
- 3 Decision to start a strike: "...The voting process shall be organised and completed by the Office..."; "...to be valid, at least 40% of the employees entitled to vote shall participate to the ballot. The decision to start a strike has to be approved by a majority of more than 50% of the voters"
- 4 Duration of the strike: "... The duration of the strike shall not exceed one month...."
- 5 Deduction of remuneration: "... For participation in a strike for more than four hours ...a deduction of 1/20th of the monthly remuneration"

SUEPO and EPO Staff and their representation strongly opposed and criticized these new strike regulations, which remain unprecedented in International Organisations and which constitute an undeniable attack on the fundamental rights of employees. Their criticism was followed and shared by external stakeholders and the public.

Among them, **Sylvie Jacobs, Chairperson of the USF at the time, condemned the new regulations** and wrote an article on USF newsletter AGORA in January 2014. She said inter alia: "EPO President Battistelli's HR policy reveals a serious lack of understanding of fundamental rights of workers, in particular their right of association in the form of a trade-union".



In September 2013 requests for review were filed by the complainants, followed later on by a 6 year long internal procedure in front of the EPO Appeals Committee and finally by complaints filed at ILOAT at the end of 2019. The long delays to obtain a decision in favour of restoring a fundamental right show that the EPO internal justice system is not adapted to complaints of this political nature.

JUDGMENT 4430

As already said, Judgment 4430 is fundamental, and the considerations can be extended to all International Organisations. The present paper will deal only with details of this case.

Below are some of its more relevant considerations; the following does not want to be a legal analysis of the judgement, but only an explanatory overview of it:

Consideration 13: "... a strike ... is a tool employees have to redress imbalance of power..."; "... absent a right to strike, it is open to an employer to ignore entreaties by employees advanced collectively to consider....their grievances...."

Nota: this could put in jeopardy the validity of the regulations introduced from July 2013 till today at the EPO. More in general it could put in jeopardy the validity of regulations passed while fundamental rights of staff are not respected.

Considerations 14 and 15: "... a general decision cannot be challenged ... until an individual decision is taken...", however since Circular 347 had an immediate and adverse effect on individual rights (the right to strike) from its promulgation, the general decision can be challenged in this case.

Nota: this is interesting because it confirms that a complainant can directly challenge a general decision when the general decision has an immediate and adverse effect on the complainant.

Consideration 16 (Lawfulness of Circular 347):

• **Regarding paragraph 1:**
The circular travels beyond the definition of strike in the Service Regulations; "...it cannot do so as a subordinate normative legal document..."

"...go slow" and "work to rule" are legitimate forms of industrial action protected by the ordinary conception of the right to strike"

• **Regarding paragraph 2:**
The imposition of a minimum of 10% of employees who can call for a strike is illegal, because it amounts to deprive a group of less than 10% willing to strike of the right to strike.

• **Regarding paragraph 3:**
The condition that "at least 40% of the employees entitled to vote shall participate to the ballot" is unlawful, because it allows a majority of staff to deprive a minority of the right to strike.

"...the requirement that the vote be conducted by the Office violated the right to strike. Employees themselves should be able to make arrangements for the vote..."

• **Regarding paragraph 4:**
"the time limit placed on the duration of strike violated the right to strike. Striking staff should be able, themselves, to determine the length of the strike."

Consideration 17:

"Having regard to the aforementioned violations of the right to strike, which infect Circular 347 in its entirety, the Circular is unlawful and should be set aside".

The Tribunal in Judgment 4430 only deliberates on the lawfulness of Circular 347 and does not discuss the legality of the Service Regulations, because it feels unsure, in its present composition, "whether it has jurisdiction to set aside a provision of the Service Regulations" (cf. consideration 11 of Judgment 4430). It is however abundantly clear that the provisions of the Service Regulations, like for example paragraph (10) of Article 30a, are unlawful and inapplicable.

SOME INTERESTING FURTHER READINGS:

SUEPO publication on the ILOAT judgments, 29/07/2021

<http://patentblog.kluweriplaw.com/2021/07/13/ilo-epo-president-battistelli-abused-his-power-in-restraining-workers-right-to-strike/>

<https://www.managingip.com/article/b1sq3fhj22c496/opinion-epo-complaints-procedure-in-need-of-shake-up>

<http://patentblog.kluweriplaw.com/2021/07/21/trade-union-to-epo-president-campinos-quash-unlawful-strike-restrictions/>

"Jurisdictional immunity of international organisations and rights of their staff", Report of the Council of Europe, 11/10/2017, paragraphs 18 and 19

CONCLUSIONS

It took 8 years among which 6 years in a lengthy and exhausting internal procedures, to have one of the most fundamental right of employees - the right to strike - finally be restored in its entirety by the ILOAT. The unfair EPO regulations imposed by the previous administration and let in place by the present are now declared unlawful and set aside.

Despite many attempts by SUEPO, in these 8 years, to have the new regulations on strike discussed, amended and brought in line with international standards, the former and present Administration of the EPO decided instead to strictly follow the litigation path till the end. For the new Administration, now in charge since 3 years, it has been a missed opportunity to restore the Rule of Law and a genuine social dialogue at the EPO.

During all this time the **Administrative Council turned a blind eye** on these flawed regulations and failed in his duties and responsibilities as supervising authority. It should be stressed that the EPO - like any other international organisation -, while having a jurisdictional immunity, is "...subject to the obligations inherent in human rights..." as stated in Resolution 1979 (2014) of the Council of Europe.

These last ILOAT judgments will surely have an important and long lasting impact on the Staff regulations at the EPO and probably in most International Organisations. Let's hope EPO management will finally revise its HR policies and its way of dealing with Unions and Staff representation in the future with a true genuine Social Dialogue.



ROBERTO RIGHETTI

Member of the USF Federal Bureau, and Member of the SUEPO-TH Bureau.



UNE VISION FONCTIONNELLE DE L'ENGAGEMENT ET DU TRAVAIL SYNDICAL

Tout a commencé par un commentaire qui a marqué mon enfance ; celui fait à l'encontre de mon père, visiblement étranger au pays où nous vivions. Aujourd'hui, on parlerait de minorité visible et de tous les soucis d'iniquité qui en découlent. Mais au-delà de ce marqueur émotionnel, certes important, il en va de ce que nous en faisons. Nous avons le choix de nous laisser couler, au choix dans la passivité, la révolte ou encore le déni, phases par lesquelles nous passons de toute façon, ou de tenter d'en faire quelque chose, si pas de moins douloureux ou perturbateur, d'utile pour soi et/ou pour les autres, ce qui revient au même (« si tu aides ton prochain tu t'aides et si tu t'aides, tu aides ton prochain »). En effet, nous sommes toujours plus sensibles aux 'injustices' ressenties pas d'autres quand nous les ressentons nous-même. Tout est dans le résultat qu'on en retire pour soi mais de manière plus utile qu'on tente d'obtenir pour autrui, là où cela semble nécessaire et justifié.

La difficulté permanente, ou plutôt le défi permanent dans le travail syndical (et statutaire) est de transformer/remplacer le sentiment émotionnel en preuves ou tout au moins en intime conviction, plus factuelle, analytique ou tout simplement plus professionnelle. La méthode est essentielle et elle aide aussi à se débarrasser de l'émotionnel et d'une certaine part des doutes, même s'il en persiste toujours. Le secret de polichinelle constitue en un travail de groupe et la manière dont il est mis en œuvre. La discussion, la préparation, l'analyse en commun entre représentant du personnel (et/ou avec l'administration de l'employeur) est essentielle. Ce travail de groupe doit être cadré, normé et ceci est une profession en soi à laquelle certains excellent.

Le coordinateur/modérateur doit dans un temps imparti et en respectant le mandat ou les termes de référence, non seulement obtenir le résultat le plus juste possible, mais surtout gérer les sentiments résiduels et perturbateurs du processus qui restent présent dans le groupe. Dans la préparation, la capacité d'écoute est essentielle, dans la mise en œuvre, la conviction et le style. Dans les deux, la diplomatie dynamique s'impose. En effet que nous devons nettoyer l'émotionnel précité ou battre en brèche le mandat quelquefois surréaliste de l'administration, il faut faire vivre le sentiment de respect humain qui permet de maintenir le dialogue, seul garant d'une issue la plus juste ou la moins injuste possible.

Au niveau personnel, il faut sans arrêt, à chaque instant, remettre en question son émotion et son analyse, ne pas hésiter à poser des questions et ne jamais arrêter d'écouter. Écouter pour non seulement ajuster son analyse mais aussi pour percevoir les failles ou les non-dits. Dans cet exercice, nous avons tous dû nous adapter par le manque total ou partiel de langage non-verbal essentiel propre à la communication à distance. Cela nécessite une introspection de chacun qui finalement se fait assez naturellement et souvent de manière inconsciente. Biologiquement il s'agit bien là d'une preuve si en était besoin de la capacité d'adaptation reptilienne de l'animal que nous restons et qui a fait le succès de notre espèce.

Dans le même état d'esprit, l'individu doit rester dans l'observation, ce qui dans le monde d'immédiateté et de paraître ou nous vivons, est un énorme défi. Toute notre société et donc notre milieu de travail en est profondément impacté par ces deux maladies et cela influe sur chacun

d'entre nous, que nous le voulions ou pas. N'avons-nous jamais été piégé par le souci de livrer au plus vite, même quand cela n'était pas vraiment nécessaire ? Et n'avons-nous jamais envisagé de solution publiquement acceptable plutôt que juste ? La capacité d'observation est aussi souvent mise à mal par l'expérience accumulée et/ou l'âge. N'avons-nous jamais été piqué au vif pour ne pas avoir laissé parler ou entendu les autres ? La peur peut aider (elle est souvent salvatrice au contraire de la panique). La peur en question s'appelle dans mon cas l'hybris. Chaque matin, je fais des incantations pour ne pas attraper cette maladie. C'est un risque pour moi et ma manière de le gérer. Encore une fois certains camarades de notre organisation excellent dans la gestion de l'hybris, la leur et celles des autres. Ils aident les autres à ouvrir leurs oreilles et leur esprit, de manière diplomatique. Un corollaire de l'écoute est la capacité de se taire et celle de parler. Il faut bien entendu se taire physiquement et émotionnellement pour pouvoir écouter mais il faut aussi savoir parler quand cela est nécessaire.

N'avons-nous jamais regretté de ne pas avoir parlé ? ce type de regret est la source majeure qui alimente les frustrations et donc les conflits interpersonnels ultérieurs. En effet et de manière concomitante, nous développons autant d'animosité car l'autre ne nous a pas écouté simplement parce que l'on ne s'est pas exprimé. Souvent, nous confondons les deux types d'événements dans sa mémoire. Il ne s'agit pas d'autocensure mais de la preuve de la flexibilité de notre mémoire qui préfère reprocher à l'autre son propre manque d'expression. Et quand mis devant le fait (« mais tu n'as rien dit ») souvent nous répondons : « peut-être, je ne me souviens plus, mais ça n'aurait servi à rien, il/elle n'aurait pas écouté ».

De mon humble point de vue, il existe cependant un phénomène sociétal naturel (qui existe aussi dans les autres espèces animales) qui me réjouit à chaque fois que je le constate. Quelle que soit la méthode et/ou la qualité de la préparation, de l'analyse de groupe, elle est toujours transcendée par la valeur ajoutée du groupe. Dans la société individualiste et individualisée d'aujourd'hui, n'est-ce pas chaque fois rafraîchissant de constater combien « l'union fait la force » que « la somme des apports individuels est dépassée par le résultat du groupe » ? Ceci résonne comme un rappel permanent que notre société aujourd'hui est en défaut complet avec ce qui lui a permis de se développer, le bien commun, le travail commun, la communauté d'esprit. Quand je me promène dans ma ville natale, je constate que souvent je fais

ABOUT US

« comme j'ai appris » par le comportement observé de mes contemporains : je ne salue pas les gens, je ne parle pas à mon voisin, je peste en faisant la file dans les magasins. Mais pourtant, je suis plus communicateur, social et attentif dans mon service et dans mon organisation syndicale. Ce n'est pas que de l'amitié et du respect, mais aussi des sentiments qui se fondent sur l'expérience commune du bénéfice mutuel et pour nos affiliés, de notre travail professionnel dirigé pas de bons coordonnateurs et notre bonne volonté à tous. Dis de manière plus empirique et polémique, quand je suis fâché avec mon président ou avec le coordonnateur, le temps d'après, je lui en parle et nous constatons la même chose, les mêmes bénéfices et les mêmes erreurs (elles sont toujours partagées sur le fond et sur la forme) et nous avançons. Nous avançons parce que nous sommes intimement et émotionnellement empreints d'une mission, d'une vocation, d'une envie qui est commune ; celle d'aider son prochain (dans son sens humaniste).

En considérant les difficultés rencontrées avec la crise, il me semblait utile de me rappeler et de nous rappeler que le verre à moitié vide est aussi à moitié plein, qu'il faut faire confiance à la méthode, au processus et donc aux camarades. Nous gagnons tous - actifs et affiliés - et tout le temps à un exercice positif qui doit être permanent d'introspection, de constat, d'humilité et de respect de l'autre. Alors, continuons !

Merci de votre lecture.



ARTY KYRAMARIOS

Belgo-grec ; né, a grandi et a étudié à Bruxelles. Travaille actuellement à la Commission européenne (Eurostat) à Luxembourg. Actif depuis 2001 dans diverses organisations membres de l'USF.

Actuellement actif de l'organisation membre USFL (Vice-Président) et du Comité Local du Personnel de la Commission à Luxembourg (Président).



THE ELECTIONS ARE NOW **LAUNCHED!**

ABOUT US



**Union
Syndicale
Bruxelles
Commission**



Local Staff Committee (LSC) elections are back at the European Commission and Union Syndicale Bruxelles Commission is raring to go!

Who is USB Commission? Union Syndicale Bruxelles Commission is the biggest union at the European Commission.

They support and represent all staff regardless of their grades or contractual situations.

Our representants at the European Commission are here to support their colleagues and help them with any question they might have.

USB is also here to ensure short and long-term progress is made so everyone can experience tangible benefits with their working conditions.

IN 2021, USB COMMISSION IS CALLING FOR :

- An administration that cares about people
- Greater investment in our workplace and support services
- Modernisation of the Commission to place staff interests at its centre
- A Commission which attracts talent and fosters professional development for all
- An end to job insecurity
- A more diverse, equal and inclusive workplace

Do not hesitate to show them your support by voting for their list during the elections, taking place this autumn !

If you are working at the European Commission and you have a question about your working conditions, a problem you are facing, send an email to osp-us-bxl@ec.europa.eu

USF MEMBER ORGANISATIONS :

<https://www.unionsyndicale.eu/en/organisations-membres-usf/>



/UnionSyndicaleFederale



@UnionSyndFed



Union Syndicale European Service Public



[soundcloud.com/Union Syndicale](https://soundcloud.com/Union-Syndicale)



**Union
Syndicale
Fédérale**

Les opinions exprimées et les propos tenus dans les différents articles de ce numéro 86 d'Agora n'engagent que leurs auteurs et ne pourraient refléter la position de l'Union Syndicale Fédérale dans son ensemble.

The opinions expressed and comments made in the various articles in this 86th issue of Agora are solely those of their authors and do not reflect the position of Union Syndicale Fédérale as a whole.