



Association Nationale des Directeurs
et Directeurs-Adjoints des Centres De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale



*La protection sociale
complémentaire*
EN 8 QUESTIONS

EN PARTENARIAT AVEC :



Harmonie
mutuelle
En harmonie avec votre vie



Humanis
Protéger c'est s'engager



Interiele
Mutuelle



MNT



mut'est
mutuellement votre



La protection sociale complémentaire EN 8 QUESTIONS

Ce guide a été réalisé dans le cadre d'un groupe de travail de l'ANDCDG composé de Sandra BRULE, Responsable du pôle Administration générale du CDG 02 (Aisne) - Sakina LARBI, DGS du CDG 13 (Bouches-du-Rhône) - Jean-Michel PAVIOT, Secrétaire général du CDG 35 (Ille-et-Vilaine) - Marc PHILIPPON, DGS du CDG 43 (Haute-Loire) - Sylvie ROBERT, DGS du CDG 45 (Loiret) - Pascale CORNU, DGS du CDG 67 (Bas-Rhin) - Claude SORET-VIROLLE, DGA du CIG Grande Couronne - Laetitia ALLUT, Directrice du département emploi du CIG Grande Couronne - Léa LASSEIGNE, service Conseil en assurances du CIG Grande Couronne.

/ EDITION 2016



Avant-PROPOS

La protection sociale complémentaire est une notion très large. Pour d'aucuns, cela évoquera le déficit de la sécurité sociale. Pour d'autres, un système de garanties sociales construit au siècle dernier et consolidé au gré des évolutions sociétales.

Pour la fonction publique territoriale, le modèle est récent puisqu'associé aux dispositions des lois de février 2007 de modernisation de la fonction publique et de réforme de la fonction publique territoriale. Avec en filigrane l'idée d'un ajustement par rapport aux salariés du privé pour lesquels les dispositifs sont mis en œuvre depuis longtemps.

J'ai la faiblesse de penser que la FNDCDG et l'ANDCDG n'ont pas été pour rien dans les préconisations devenues dispositions législatives. Le lien, entretenu quotidiennement avec les collectivités du ressort territorial des Centres de Gestion, a permis d'appréhender les réalités sociales des agents territoriaux et les contraintes des employeurs. C'est ainsi qu'est né le concept d'accompagnement social de l'emploi.

Le principe de participation des employeurs publics et les modalités de mise en œuvre à travers les processus de labellisation et de conventions de participation s'est concrétisé avec le décret du 8 novembre 2011. Un bilan s'imposait.

Plusieurs Centres de Gestion ont souhaité partager leurs compétences pour élaborer des fiches techniques, à l'usage des employeurs locaux, pour éclairer ce vaste concept de protection sociale complémentaire. Ce guide se veut pratique et vise une mise en perspective des enjeux. Il a été conçu comme une base de travail à partir de laquelle des ajustements textuels pourront être proposés après quelques années d'expérimentation.

Jean-Laurent Nguyen Khac
Président de l'ANDCDG

Sommaire

Introduction / P. 8

Fiche n° 1 / P. 17
Les enjeux RH de la protection sociale complémentaire

1. La protection sociale complémentaire :
une avancée sociale récente
2. 2011 : ouverture pour une prise en charge partielle
par les collectivités des assurances
3. Un premier bilan mitigé qui pose question
4. Pourtant, les enjeux RH de la PSC sont certains

Fiche n° 2 / P. 21
**La protection complémentaire :
un outil de dialogue social**

1. Il n'y a pas de bon système de PSC sans concertation
avec les agents
2. La PSC : un nouvel outil social pour débattre des conditions
de travail
3. Un dialogue social national à relancer pour améliorer
le système de PSC

Fiche n° 3 / P. 25
La définition de la protection sociale complémentaire

**PARTIE 1 : La protection sociale complémentaire
au sein de la fonction publique territoriale**

1. La protection sociale statutaire
2. La protection sociale complémentaire

PARTIE 2 : Comparaison secteur privé et secteur public

Fiche n° 4 / P. 25
L'historique de la protection sociale complémentaire

PARTIE 1 : L'évolution du cadre juridique

1. Avant 2006, un cadre flou pour la participation financière des employeurs
2. De 2006 à 2011, une situation transitoire
3. Le principe est posé : l'action sociale, un sujet obligatoire et la protection sociale complémentaire, un sujet possible

PARTIE 2 : Les éléments significatifs du décret n° 2011-1474 du 8 novembre

Fiche n° 5 / P. 25
Les bénéficiaires (et position d'activité)

PARTIE 1 : Le public visé

PARTIE 2 : Les cas particuliers

1. Les agents à temps non complet / à temps partiel
2. Les agents intercommunaux ou pluricommunaux
3. Les agents des OPH
4. Les fonctionnaires détachés
5. Les agents mis à disposition
6. Les agents nouvellement embauchés
7. Les agents en arrêt pour raison de santé
8. La portabilité du contrat en cas de mobilité

Fiche n° 6 / P. 25
La participation financière de l'employeur territorial

PARTIE 1 : Les principes de participation

1. Principe général
2. L'institution des participations
3. Nature et objectifs de la participation
4. But d'intérêt social
5. Montant de la participation

PARTIE 2 : La fiscalité de la participation de l'employeur

1. L'imposition de la participation financière pour les agents
2. La question du forfait social

***Fiche n° 7*** / P. 25

Les opérateurs présents sur le secteur de la protection sociale complémentaire

PARTIE 1 : La nature juridique des acteurs (assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance)

1. Les sociétés d'assurances, régies par le Code des assurances
2. Les mutuelles, plus communément appelées « mutuelles 45 » et régies par le Code de la mutualité
3. Les institutions de prévoyance, régies par le Code de la Sécurité Sociale

PARTIE 2 : Les différents acteurs sur le marché de la protection sociale complémentaire des territoriaux

***Fiche n° 8*** / P. 25

Les dispositifs réglementaires pouvant donner lieu à la participation financière des employeurs territoriaux

PARTIE 1 : La labellisation

1. La procédure
2. La fin de la labellisation
3. Les avantages / inconvénients et points de vigilance

PARTIE 2 : La convention de participation

1. La procédure
2. La fin de la convention de participation
3. L'apport du Centre de Gestion dans le cadre d'une procédure mutualisée

***Conclusion*** / P. 80

Introduction

La protection sociale est un des piliers de notre histoire nationale et constitue encore un modèle de référence en Europe. Elle a donné lieu, à côté du régime général d'accès aux soins et des régimes de prévoyance, à des régimes très spécifiques encore en vigueur à ce jour. Parmi eux figure le régime spécial de la Fonction Publique Territoriale (FPT). La « jeunesse » de notre cadre statutaire est sans doute à l'origine d'un grand retard pour donner la capacité aux employeurs locaux de contribuer aux contrats de complémentaire santé et aux contrats prévoyance de leurs agents. Le décret du 8 novembre 2011 est l'aboutissement de plusieurs années de sensibilisation des pouvoirs publics pour tenter de s'inspirer du principe de participation de l'employeur aux contrats santé et prévoyance des salariés du secteur privé, et de l'appliquer au secteur public. La nuance reste toutefois de taille car les contrats auxquels les employeurs publics peuvent désormais contribuer restent à adhésion facultative et aucune obligation ne pèse sur eux dans le strict respect du principe constitutionnel de la libre administration des collectivités locales.

Pour autant, près de 30 % des employeurs se sont mobilisés à ce jour pour accompagner financièrement leurs agents lors de la souscription de leurs contrats individuels. Même si les finances locales se raréfient du fait principalement des baisses de dotations de l'Etat, la nécessité d'intégrer une dimension d'accompagnement social dans la gestion des ressources humaines des collectivités fait l'objet d'une réelle prise de conscience. Dispenser aux usagers un service public de qualité suppose des personnels impliqués, reconnus pour leur engagement et leur compétence professionnelle. La mise en place par les collectivités d'une réelle politique sociale, dans le cadre d'un dialogue renforcé avec les représentants du personnel, est gage d'un climat de travail favorable, d'une fidélisation des agents et d'une réelle attractivité à l'embauche. La prise en compte du vieillissement des agents dans des métiers à forte pénibilité est également un enjeu majeur pour les organisations territoriales confrontées à une augmentation importante des cas d'incapacité en cours de carrière.

L'enjeu pour les centres de gestion est important. Leur valeur ajoutée sur ce volet RH est essentielle. Elle se concrétise de plusieurs manières :

- Une valorisation de l'importance de la gestion des ressources humaines auprès des employeurs locaux ;

- Une connaissance approfondie des dossiers des agents grâce aux regards croisés : gestion des carrières, contrat groupe d'assurance statutaire, secrétariats des commissions de réforme et comités médicaux, service de médecine préventive,... ;
- Une mise à disposition de l'ingénierie technique nécessaire à la compréhension de la protection statutaire d'une part et des garanties techniques des contrats d'autre part ;
- Une aide à la simplification des procédures grâce à la prise en charge des étapes de consultation dans le cadre de contrats mutualisés ;
- Une connaissance des opérateurs soucieux d'élargir leur portefeuille clients à la territoriale, et qui sont très « mobiles » dans le cadre de fusions/rachats/partenariats ;
- Une capacité de négociation financière auprès des opérateurs compte-tenu des volumes de contrats traités dans le cadre d'une mutualisation.

Forte de cette connaissance du terrain, l'ANDCDG a décidé, à l'heure où un rapport d'étape doit être remis au CSFPT, de consacrer, dans le cadre de sa ligne éditoriale, un livret thématique sur la protection sociale complémentaire comportant tous les éléments de compréhension nécessaires. Plusieurs volets sont abordés : l'historique de la Protection Sociale Complémentaire (PSC), les enjeux en matière de ressources humaines, les procédures réglementaires, les modalités de participation des employeurs.

Fiche n° 1
LES ENJEUX RH
DE LA PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE

Fiche n° 1

LES ACCÈS DES UTILISATEURS D'UN SYSTÈME D'INFORMATION

La vie professionnelle n'est pas toujours un long fleuve tranquille. Les aléas nécessitent des mesures d'accompagnement pour un retour positif au travail. La protection sociale au sens large, dans un cadre national, est un système solidaire entre les générations qui permet d'amortir les difficultés. Néanmoins, elle est progressivement remise en cause du fait de son problème de financement.

Pour compléter ce socle commun de plus en plus fragile, les salariés peuvent s'assurer individuellement. L'assurance complémentaire, que ce soit en matière de santé ou de prévoyance, devient un enjeu vital pour permettre de financer des soins et faire face à un arrêt prolongé de travail qui se traduit par une perte de rémunération.

1. *La protection sociale complémentaire : une avancée sociale récente*

Contrairement aux idées reçues sur les avantages du secteur public par rapport au secteur privé, dans le domaine de l'assurance complémentaire, les employeurs privés sont beaucoup plus investis.

Depuis longtemps, dans certaines branches professionnelles du bâtiment, de l'industrie, les entreprises prennent en charge des assurances complémentaires. La loi de sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013 a obligé tous les employeurs privés à proposer une couverture santé à leurs employés et à participer à son financement à partir du 1^{er} janvier 2016 au plus tard¹.

Au niveau des collectivités locales, ces obligations n'existent pas.

¹ <https://www.cnil.fr/fr/byod-quelles-sont-les-bonnes-pratiques>

2. 2011 : ouverture pour une prise en charge par les collectivités des assurances

Si la libre administration est toujours de rigueur, les collectivités peuvent désormais investir le champ de la protection sociale complémentaire.

Elles ont dorénavant un devoir d'information (article 22 de la loi du 26 janvier 1984) auprès des agents sur la protection sociale complémentaire devenue un sujet important. En 2011, on estimait à 40 % seulement le taux d'agents territoriaux assurés dans le domaine de la prévoyance, avec maintien du salaire en cas d'arrêts de travail prolongés, alors que le taux d'absentéisme augmente et que le vieillissement des agents est un facteur de risque aggravant !

Le décret du 8 novembre 2011 acte le principe d'une participation financière possible des employeurs locaux aux contrats santé et prévoyance de leurs agents. Pour cela, deux dispositifs s'offrent à eux pour abonder les contrats des agents :

- Soit les agents souscrivent un contrat faisant l'objet d'une labellisation et référencé sur le site de la Direction Générale des Collectivités Locales (DGCL) ;
- Soit l'employeur lance une consultation auprès de prestataires pour souscrire un contrat appelé convention de participation, permettant aux agents de bénéficier de tarifs mutualisés. Seuls les agents ayant souscrit un contrat individuel dans le cadre de cette convention peuvent prétendre à une aide financière de leur employeur.

Les lois de 2007 relatives à la modernisation de la fonction publique (du 2 février) d'une part, et à la fonction publique territoriale (du 19 février) d'autre part, ainsi que le décret du 8 novembre 2011 ont également renforcé le rôle mutualisateur des centres de gestion qui peuvent, dans le cadre de l'article 25 modifié, souscrire une convention de participation pour le compte des collectivités qui le souhaitent au bénéfice de leurs agents.

3. Un premier bilan mitigé qui pose question

Actuellement, aucune étude nationale exhaustive ne peut donner d'éléments fiables sur l'évolution du niveau de protection sociale complémentaire des agents territoriaux.

Il est prévu, dans le décret de 2011, un rapport d'évaluation. On peut d'ores et déjà valablement considérer qu'un tiers des centres de gestion a lancé à ce jour une ou plusieurs conventions de participation sur l'un ou l'autre des deux risques (santé ou prévoyance) ou les deux. Dès lors qu'une convention de participation est mise en œuvre en prévoyance au sein d'une collectivité, le rythme de souscription d'agents nouvellement assurés est de l'ordre de 40 % des effectifs potentiellement assurables, ce « marché » étant encore peu présent dans les collectivités. A l'inverse, en santé, le taux de pénétration est beaucoup plus lent.

Comment expliquer cet attrait relatif pour ce nouveau dispositif de PSC ?

Après une écoute empirique des acteurs, plusieurs raisons sont évoquées :

- La protection sociale est une matière complexe et peu accessible. Notamment en santé parce que la compréhension des garanties, exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, n'est pas si simple ;
- Le cadre juridique est complexe suite à l'application du décret de 2011, qui a été enfanté dans la douleur après 5 ans de négociations depuis la loi du 2 février 2007 ;
- Certains employeurs souhaitent limiter les dépenses RH directes en refusant d'octroyer une aide aux agents pour adhérer à des contrats d'assurance prévoyance ou santé ;
- Certains agents ne souhaitent pas changer d'assureur car ils lui font confiance, s'approprient ses valeurs et ne souhaitent pas s'engager dans une démarche administrative de résiliation, source d'appréhension ;
- Les services RH et les représentants du personnel ont privilégié le maintien de contrats historiques de prévoyance, qui n'ont plus de bases légales, ou ne se sont pas intéressés à la question ;
- Certains employeurs craignent que les assurances ne soient trop protectrices et n'incitent pas les agents à rester au travail en abusant d'« arrêts de complaisance ».

Toutes ces raisons seront à comparer aux analyses globales qui émergeront des prochains rapports nationaux.

4. Pourtant, les enjeux RH de la PSC sont certains

Au-delà des obligations juridiques des employeurs à prendre les mesures nécessaires pour préserver la santé des agents, l'attention portée par les élus à une incitation auprès des agents pour adhérer à des contrats d'assurance complémentaire est un levier en termes de motivation, d'attractivité, donc d'efficacité au travail.

De motivation :

En effet, le « salaire social » sous forme d'adhésion à un organisme d'œuvres sociales, de participation aux titres restaurant et aux chèques vacances, ... et désormais de prise en charge partielle ou totale des cotisations aux contrats d'assurances complémentaires favorisent la reconnaissance des agents, permet de les aider dans leur vie privée et de développer un sentiment d'appartenance plus fort à la collectivité. Cette valorisation contribue à renforcer l'engagement des agents dans leur travail et à lutter contre l'absentéisme. Dans un contexte anxiogène et malgré la restriction des moyens financiers des collectivités, investir dans une politique RH dynamique décuple la motivation des collaborateurs.

D'attractivité :

Les territoires sont en concurrence sur le terrain RH. Pour attirer et retenir des « talents » territoriaux, l'employeur se doit de ne pas être trop en décalage sur les avantages sociaux par rapport à ses collègues voisins. Cette harmonisation des politiques sociales devient de plus en plus nécessaire pour faciliter les transferts de personnel au niveau de l'intercommunalité ou au sein des communes nouvelles, entre département et région. Les mobilités professionnelles et géographiques deviennent de grands enjeux RH dans le cadre de la mutualisation et la réorganisation des services. Une politique sociale attractive facilite le dialogue pour accompagner ces changements liés aux réformes successives.

De performance :

Beaucoup d'agents retardent des soins importants pour leur santé faute d'avoir souscrit une assurance complémentaire. D'autres se retrouvent en difficulté financière avec des arrêts maladie successifs car ils n'ont pas pu se payer un contrat de prévoyance. Dans les deux cas, la santé des agents va se dégrader plus vite et leur retour au travail sera difficile, notamment dans un contexte de FPT vieillissante. L'absentéisme sera plus important et les coûts engendrés bien supérieurs aux aides apportées pour souscrire des contrats d'assurance complémentaire permettant de se rétablir plus efficacement.

C'est un rapport gagnant-gagnant : faciliter le retour en activité de l'agent et limiter les coûts directs (contrats d'assurance statutaires, remplacements) et indirects (perte de qualité du service, désorganisation des équipes, etc.) liés à l'absentéisme.

Pour les élus, il faut faire des choix de plus en plus compliqués dans un contexte budgétaire contraint. Les dépenses RH ont été relativement stabilisées par le gel du point d'indice ces dernières années, indépendamment des effets mécaniques d'évolution du fait des augmentations inéluctables des charges prescrites par les réglementations nationales. Le nouveau régime indemnitaire amène également à une réflexion stratégique. Il ne faut pas oublier l'aide sociale et notamment celle qui permet aux agents de souscrire des contrats d'assurance complémentaire. Une réflexion plus approfondie sur le périmètre des politiques sociales RH peut permettre d'envisager une fongibilité des budgets d'action sociale et de protection sociale dans le cadre d'un dialogue constructif avec les représentants du personnel dans un cadre budgétaire contraint.

Fiche n° 2

LA PROTECTION
COMPLÉMENTAIRE :
UN OUTIL DE DIALOGUE
SOCIAL

Fiche n° 2

LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE : UN OUTIL DE DIALOGUE SOCIAL

1. *Il n'y a pas de bon système de PSC sans concertation avec les agents*

La loi de février 2007 et le décret de 2011 identifient le rôle des organisations syndicales dans le dispositif de la PSC. Dans le cadre d'une convention de participation, les employeurs, ou le centre de gestion mandaté, doivent consulter les représentants du personnel dans toutes les phases du projet, depuis l'élaboration du cahier des charges jusqu'au choix du prestataire.

Afin de réussir la consultation, il est fortement recommandé d'informer très clairement les agents sur le dispositif, et les interroger sur leur souhait d'adhérer ou non au nouveau contrat. Plus le potentiel de souscripteurs sera important, plus les offres des assureurs seront intéressantes. Il est notamment essentiel de convaincre les plus jeunes d'adhérer afin de favoriser un équilibre économique du contrat dans la durée. Il s'agit de contrats solidaires où les cotisations des uns financent des prestations des autres. Même si les jeunes sont généralement en meilleure santé, ils ne sont pas à l'abri d'un accident grave ou d'une maladie, et il s'agit pour le service RH de faire preuve de pédagogie sur l'intérêt de s'assurer pour soi-même, les siens... et pour les autres.

Pour les collectivités, le sujet de la PSC est abordé en Comité Technique (CT). La saisine de cette instance est obligatoire et permet d'avoir une vision sur la politique sociale des collectivités.

Dans la réalité, les saisines des CT départementaux sont partielles et les avis sont quasiment tous favorables car il s'agit d'un nouvel avantage financier pour les agents qui ne peut être contesté. La consultation du CT sur le dispositif mis en place a une valeur informative. Le plus important reste le dialogue social au sein des collectivités au moment de l'élaboration de la politique d'aide : quels montants ? Quelle dégressivité selon les revenus ? Quelle procédure d'adhésion ? Quel niveau de garantie ? Par ailleurs, il importe que les services de ressources humaines et les managers complètent ces approches par une fine connaissance des micro-contextes locaux.

2. La PSC : un nouvel outil social pour débattre des conditions de travail

Depuis les dernières élections professionnelles de 2014, les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) sont apparus dans les collectivités d'au moins 50 agents. Le sujet de la PSC peut-être un premier sujet de débat car il devrait induire obligatoirement la question de l'absentéisme et de ses causes.

La PSC ne devrait pas se réduire à un débat financier centré uniquement sur le niveau de participation des employeurs et sur le niveau de garanties des assurés mais engager une réflexion sur les conditions de travail et les risques professionnels. Par une politique active de prévention des risques professionnels, il est possible d'envisager une maîtrise de la progression de l'absentéisme. Faute de quoi, il y a un risque de raréfaction des offres d'assurance complémentaire pour les agents et le niveau de participation des employeurs explosera pour faire face aux hausses de primes que ne pourront assumer la plupart des agents.

Dans les collectivités de moins de 50 agents, il est recommandé de débattre de ces sujets avec une instance représentative du personnel. Au niveau départemental, certains centres de gestion ont mis en place des commissions ad hoc sur les conditions de travail en lien avec le CT départemental pour que ces sujets soient davantage investis.

La PSC est un enjeu pour les élus. Il peut être intégré dans celui sur le régime indemnitaire avec la question du maintien du traitement en cas de maladie prolongée : est-ce à la collectivité d'assumer ou à l'assureur et à l'assuré ? Il peut être une des contreparties dans le débat sur le temps de travail quand il est dérogatoire à la règle générale, ou sur celui des heures supplémentaires qu'il faut analyser. C'est un sujet RH en relation avec d'autres qu'il faut discuter avec les représentants du personnel.

Réduire le dialogue social à l'aide apportée pour la PSC n'apportera pas de solutions miracles. Il est nécessaire mais pas suffisant. Ce sujet doit avoir un effet dynamique sur la question des conditions de travail et des solutions à trouver dans une période de mutation accélérée des services publics territoriaux.

3. Un dialogue social national à relancer pour améliorer le système de PSC

4 ans après la parution du décret, il faut analyser les différents rapports d'évaluation menés par les instances.

Au niveau local, les centres de gestion pourront mener une enquête sur la mise en œuvre du dispositif pour évaluer la pertinence de lancer ou pas une convention de participation ou la relancer dans deux ans ou plus, à l'issue des 6 premières années.

Le point de vue des différents acteurs et notamment celui des assureurs sera à prendre en compte. L'évolution constatée des contrats ces dernières années devra nourrir la réflexion sur leur contenu.

Le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale (CSFPT), où siègent les représentants des collectivités et des agents, et qui examine les projets de textes sur la FPT, sera très attentif aux remontées de terrain et aux recommandations d'amélioration du système qui pourront être préconisées notamment par ce guide.

La réflexion peut même dépasser le strict cadre de la FPT pour s'inscrire dans une politique de rapprochements des dispositifs salariés du privé. A l'instar de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 imposant aux entreprises privées la prise en charge à 50 % minimum de la mutuelle santé de leurs salariés, pourquoi ne pas envisager un dispositif de même nature dans la FPT, pour les contrats santé et prévoyance, incluant une adhésion obligatoire des agents ; et ce, en gardant à l'esprit l'impérieuse nécessité d'encourager prioritairement l'assurance des risques lourds liés à la prévoyance ?

Fiche n° 3
LA DÉFINITION
DE LA PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE

Fiche n° 3

LA DÉFINITION DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

PARTIE 1. *La protection sociale complémentaire au sein de la fonction publique territoriale*

Comme tout salarié, le fonctionnaire a droit à une protection sociale lorsque son état de santé nécessite des soins et/ou lorsqu'il est contraint d'interrompre temporairement ou définitivement son activité professionnelle. Toutefois, cette protection applicable aux agents publics est différente de celle des agents du secteur privé.

Cette protection sociale des fonctionnaires comprend une partie statutaire applicable à tous et une partie complémentaire qui reste facultative.

1. *La protection sociale statutaire*

La protection sociale « statutaire » est prévue dans le 1^{er} livre du statut des fonctionnaires : « *Les fonctionnaires ont droit à (...) des congés de maladie, des congés de maternité et des congés liés aux charges parentales (...)* » (article 21 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée).

A la différence du code du travail, il est fait état ici de « congés de maladie » et non seulement d'arrêt de travail. Cette rédaction signifie que le fonctionnaire reste en activité aux yeux de la loi, quand bien même il ne travaille pas du fait de son état de santé. Il est alors rémunéré, pendant une certaine durée, par son employeur et non par la sécurité sociale.

La durée et le montant de la rémunération des congés de maladie dépendent du type de congé d'une part mais aussi de la durée hebdomadaire de travail du poste sur lequel est affecté le fonctionnaire (temps complet ou temps non-complet).

Les tableaux suivants précisent ces droits statutaires dus aux agents, à la charge de l'employeur :

Type de congé	Agents titulaires affiliés à la CNRACL (Temps complet et temps non complet supérieur ou égal à 28 heures hebdo)		Agents titulaires affiliés à l'Ircantec (Temps non complet de moins de 28 heures hebdo)	
	Durée maxi	Rémunération	Durée maxi	Rémunération
Maladie ordinaire	1 an	3 mois : 100 % 9 mois : 50 % ²	1 an	3 mois : 100 % 9 mois : 50 %
Longue maladie	3 ans	1 an : 100 % 2 ans : 50 %	3 ans	1 an : 100 % 2 ans : 50 %
Longue durée	5 ans	3 ans : 100 % 2 ans : 50 %	--	--
Maternité et adoption	Entre 10 et 52 semaines	100 %	Entre 10 et 48 semaines	100 %
Décès	Avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite	Forfait SS (*) X 4 soit 13 600 €		Forfait SS soit 3 400 €
	Après l'âge d'ouverture des droits à la retraite	Forfait SS soit 3 400 €		

(*) SS : Sécurité Sociale

² Le demi-traitement est porté à 2/3 du traitement si l'agent a 3 enfants à charge

Pour les agents contractuels de droit public, les caractéristiques de la protection sociale statutaire gardent le même principe mais avec des durées différentes et une prise en charge hybride entre l'employeur et la sécurité sociale :

Type de congé		Agents contractuels de droit public		
		Ancienneté	Rémunération versée par l'employeur	Indemnités journalières versées par la SS
			Moins de 150 heures par trimestre	Plus de 150 heures par trimestre
Maladie ordinaire	Moins de 4 mois de service	Néant	Néant	50 % à partir du 4 ^{ème} jour
	Après 4 mois de service	1 mois : 100 % Moins d'1 mois : 50 %		
	Après 2 ans de service	2 mois : 100 % Moins de 2 mois : 50 %		
	Après 3 ans de service	3 mois : 100 % Moins de 3 mois : 50 %		
Grave maladie	Après 3 ans de service	1 an : 100 % 2 ans : 50 %	Néant	50 % à partir du 4 ^{ème} jour pendant 3 ans si affectation longue durée
Maternité et adoption	Après 6 mois de service	Entre 10 et 48 semaines 100 %	Néant	100 % du traitement net
Décès				Forfait SS 3 400 €

Cette présentation met en évidence que la protection sociale statutaire des agents publics est limitée dans le temps et peut engendrer rapidement d'importantes pertes de revenus en cas d'arrêt maladie prolongé. Pour éviter ces déboires, les agents ont fort intérêt à s'assurer personnellement pour profiter d'une protection sociale complémentaire.

2. La protection sociale complémentaire

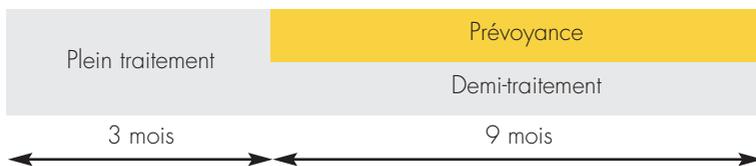
La protection sociale complémentaire est une couverture sociale facultative apportée aux employés qui vient en complément de celle prévue par le statut de la fonction publique et de celle de la sécurité sociale. Elle concerne :

- soit les risques liés à l'incapacité de travail, l'invalidité ou le décès, on parle alors de **risques « prévoyance »** ou encore de couverture « maintien de salaire »,
- soit les risques d'atteinte à l'intégrité physique des agents, on parle alors de **risques « santé »** ou complémentaire maladie,
- soit les deux risques : « santé » et « prévoyance ».

2.1. La prévoyance

2.1.1. Pour les agents titulaires

Maladie ordinaire



Longue maladie / Grave maladie

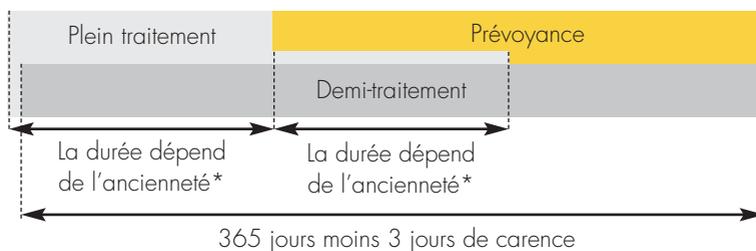


Maladie de longue durée



2.1.2. Pour les agents contractuels de droit public

Maladie ordinaire



- * La durée de versement du plein traitement et du demi-traitement par l'employeur dépend de l'ancienneté de l'agent :
- 1 mois à 100 % et 1 mois à 50 % après 4 mois de service ;
 - 2 mois à 100 % et 2 mois à 50 % après 2 ans de service ;
 - 3 mois à 100 % et 3 mois à 50 % après 3 ans de service.

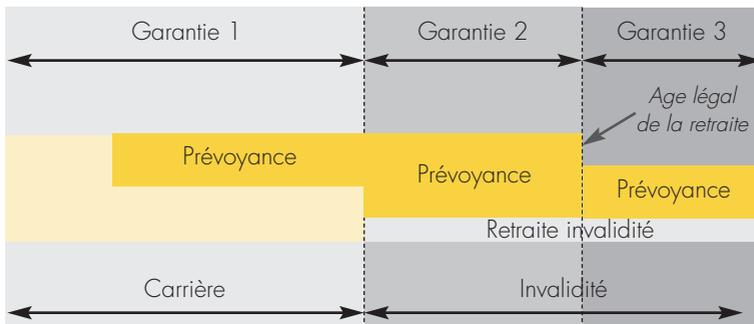
La plupart des contrats de prévoyance prévoient trois niveaux de garantie de couverture :

Le 1^{er} niveau de garantie couvre l'**incapacité**, c'est-à-dire les pertes de rémunération pendant le ou les congés maladie de l'agent. Au terme de ces congés, si l'agent ne peut pas reprendre son travail, il est placé en retraite pour invalidité mais ne bénéficie plus de protection sociale complémentaire.

Le 2^{ème} niveau de garantie comprend le 1^{er} niveau et poursuit le maintien de salaire pendant la période où l'agent est en retraite pour **invalidité** jusqu'à l'âge légal de la retraite. Cette garantie est d'autant plus nécessaire que l'agent est jeune. En effet, s'il est contraint de cesser toute activité professionnelle pour raison de santé, le montant de sa retraite pour invalidité étant calculée en fonction des années de cotisation, il sera forcément peu élevé et engendrera une forte perte de rémunération qu'il est nécessaire d'assurer par l'intermédiaire d'un contrat de prévoyance.

Le 3^{ème} niveau de garantie comprend les 2 premiers niveaux de garantie et rajoute un **complément de retraite en cas d'invalidité** permanente. Elle permet d'avoir un niveau de rémunération équivalent à celui qu'aurait eu l'agent s'il avait travaillé jusqu'à l'âge légal de la retraite.

A ces trois niveaux de garantie, certains contrats rajoutent une couverture supplémentaire en cas de décès de l'agent avant la date limite de départ à la retraite. La protection sociale statutaire prévoit certes le versement d'un capital décès mais ce capital est réservé aux « ayants-droits » (conjoint marié ou lié par un Pacs, enfants légitimes ou à charge âgés de moins de 21 ans...). La couverture « décès » prévue dans un contrat de prévoyance permet d'être versée soit sous la forme d'un capital, soit sous la forme d'une rente-éducation versée aux personnes choisies par l'agent de son vivant.



2.2. La couverture complémentaire santé

En matière de santé, la protection sociale complémentaire vient compléter les remboursements de la sécurité sociale :

- Sur les frais médicaux courants : médecin, pharmacie, laboratoire... ;
- Sur les frais d'hospitalisation ;
- Sur les frais d'appareillage et de prothèses : optiques, dentaires, auditifs... ;
- Eventuellement sur d'autres frais médicaux ou paramédicaux : médecines douces, traitements ou prothèses non reconnues par la sécurité sociale...

Principaux remboursements de la sécurité sociale			
Tarifs de consultations du médecin traitant			
Médecin consulté	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Généraliste	23,00 €	70 %	15,10 € (1)
Spécialiste (2)	25,00 €	70 %	16,50 € (1)
Psychiatre Neurologue (2)	39,70 €	70 %	26,79 € (1)

(1) Les montants indiqués tiennent compte de la retenue de 1€ sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin

(2) Professionnel du secteur 1 ou adhérent au contrat d'accès au soins.

Remboursement des médicaments		
Pharmacie	Tarif forfaitaire de responsabilité*	100 % pour médicaments irremplaçables et coûteux
		65 % pour médicaments majeurs ou importants
		30 % pour médicaments à service médical rendu modéré
		15 % pour médicaments à service médical faible

* Le tarif forfaitaire de responsabilité est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments. Il est calculé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

Tarifs des soins dentaires			
Consultations	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Chirurgien-dentiste	23,00 €	70 %	16,10 €
Médecin stomato secteur 1	28,00 €	70 %	18,60 €(1)
Médecin stomato secteur 2	23,00 €	70 %	15,10 €(1)

(1) Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1€ retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin.

Soins dentaires (3)	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé
Détartrage	28,92 €	70 %	20,24 €
Traitement carie une face	16,87 €	70 %	11,80 €
Traitement carie 2 faces	28,92 €	70 %	20,24 €
Traitement carie 3 faces et plus	40,97 €	70 %	28,67 €
Dévitalisation incisive ou canine	33,74 €	70 %	23,61 €
Dévitalisation d'une prémolaire	48,20 €	70 %	33,74 €
Dévitalisation d'une molaire	81,94 €	70 %	57,35 €
Extraction d'une dent de lait	16,72 €	70 %	11,70 €
Extraction dent permanente	33,44 €	70 %	23,40 €
Scellement de sillons	21,69 €	70 %	15,18 €

(3) Soins réalisés sur les dents permanentes des adultes et enfants de 13 ans et plus

Prothèse dentaire	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé
Couronne	107,50 €	70 %	75,25 €
Inlay-core	122,55 €	70 %	85,78 €
Inlay-core à clavette	144,05 €	70 %	100,83 €
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	64,50 €	70 %	45,15 €
Appareil dentaire complet	182,50 €	70 %	127,75 €
Bridge de trois éléments	279,50 €	70 %	195,65 €

Orthodontie	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé
Traitement par semestre	193,50 €	100 %	193,50 €
Séance de surveillance	10,75 €	70 %	7,53 €

Hospitalisation			
Consultations	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Forfait hospitalier	18,00 € par jour	0 %	0,00 €
Forfait hospitalier en psychiatrie	13,50 € par jour	0 %	0,00 €
Frais d'hospitalisation	Intégralité moins forfait hospitalier (1)	80 % les 30 premiers jours	
		100 % à partir du 31 ^{ème} jour	
		100 % à partir du 1 ^{er} jour pour les femmes enceintes	
		100 % à partir du 1 ^{er} jour pour accident du travail	
		100 % à partir du 1 ^{er} jour pour affection longue durée	
		100 % à partir du 1 ^{er} jour si pension d'invalidité	
Consultation anesthésiste	Intégralité (1)	70 %	
Rééducation postopératoire	Intégralité (1)	60 %	

(1) Les cliniques privées non conventionnées appliquent des tarifs plus élevés qui ne sont pas remboursés. La sécurité sociale ne rembourse pas non plus les dépassements d'honoraires.

Cures thermales			
Consultations	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Forfait surveillance médicale	80,00 €	70 % (5)	55,00 €
Forfait thermal	Tarif conventionnel	65 % (5)	
Frais de transport (4)	Billet SNCF 2 ^{ème} classe	65 % (5)	
Frais d'hébergement (4)	150,01 €	65 % (5)	97,50 €

(4) Les remboursements des frais de transport et d'hébergement sont soumis à conditions de ressources.

(5) En cas d'affectation longue durée, accident du travail ou maladie professionnelle, prise en charge à 100 %.

Optique			
Appareillage	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Monture lunettes (pour <18 ans)	30,49 €	60 %	18,29 €
Verre simple (pour <18 ans)	de 12,04 € à 46,50 €	60 %	de 7,22 € à 27,90 €
Verre progressif (pour <18 ans)	de 39,18 € à 66,62 €	60 %	de 23,51 € à 39,97 €
Monture lunettes (pour adulte)	2,84 €	60 %	1,70 €
Verre simple (pour adulte)	de 2,29 € à 9,45 €	60 %	de 1,37 € à 5,67 €
Verre progressif (pour adulte)	de 7,32 € à 24,54 €	60 %	de 4,39 € à 14,72 €
Lentille de contact	39,48 €	60 %	23,69 €

Audition			
Appareillage	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Prothèse auditive (pour <20 ans)	de 900 € à 1 400 €	60 %	de 540 € à 840 €
Prothèse auditive (pour adulte)	199,71€	60 %	119,83 €
Ecouteur	5,32 €	60 %	3,19 €
Microphone	9,17 €	60 %	5,50 €
Potentiomètre	4,52 €	60 %	2,71 €
Vibrateur à conduction osseuse	10,63 €	60 %	6,38 €
Embout auriculaire (pour <20 ans)	53,36 €	60 %	32,02 €
Embout auriculaire (pour adulte)	4,91 €	60 %	2,95 €
Frais d'entretien (annuel)	39,59 €	60 %	23,75 €

PARTIE 2. *Comparaison secteur privé et secteur public*

La protection sociale en France aujourd'hui est le fruit d'une histoire multiséculaire : sous l'Ancien régime, certaines formes de protection sociale existaient déjà dans le cadre des corporations de métiers. Au XIX^e siècle, se développent les sociétés de secours mutuel et des caisses d'épargne, les initiatives du patronat sur les grands sites industriels et les initiatives de l'Etat avec l'assistance médicale gratuite et le service départemental d'aide sociale.

Puis les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 instituent pour les salariés titulaires d'un contrat de travail une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. La loi du 30 avril 1928 instaure un régime spécial pour les agriculteurs. La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population : système dans lequel l'ouverture des droits à la protection sociale est soumise à l'exercice d'un travail salarié et aux versements de cotisations assises sur le salaire.

Mais il subsiste aujourd'hui plus d'une centaine de régimes dits spéciaux, non intégrés dans le régime général qui conservent leur caractère spécifique. Les fonctionnaires en font partie : le statut de la fonction publique est un régime spécial de protection sociale.

Concernant les prestations en nature, le régime spécial des fonctionnaires reste « poreux » : les frais de soins en cas de maladie ordinaire, maternité ou longue maladie et longue durée relèvent du régime général de Sécurité sociale. Seuls les frais médicaux liés à l'accident de travail restent pris en charge par l'employeur dans le cadre du régime spécial qu'est le statut.

Concernant les prestations en espèces, elles relèvent toutes du régime spécial :

- Les acteurs qui versent les prestations : elles sont versées par l'employeur ou les organismes compétents, comme la CNRACL ou l'IRCANTEC en cas d'invalidité.
- les règles du régime sont spécifiques : l'absence de jour de carence (remise régulièrement en question) ou le mode de calcul des indemnités journalières, le traitement brut indiciaire sert de base de calcul aux indemnités journalières versées à l'agent public alors que pour le salarié soumis au régime général, les indemnités journalières (IJ) sont versées à partir du 4^{ème} jour d'absence et correspondent à 50 % du salaire dans la limite d'1,8 fois le SMIC. On est encore loin de l'harmonisation des régimes.
- Les critères de versement : pour l'invalidité, le taux est fixé par les organismes payeurs et non défini par catégorie comme dans le régime général.
- Les durées de versement : en cas d'accident de travail, 360 IJ sont versées sur 3 ans glissant dans le cadre du régime général, alors qu'elles vont jusqu'à la retraite ou le décès dans le régime spécial.

Si les acteurs historiques de la protection sociale (mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs), se sont vu retirer, au fur et à mesure de l'édification et de la consolidation de la Sécurité sociale, la gestion du régime obligatoire, la conjoncture économique et sociale (vieillesse de la population, chômage, libre concurrence européenne..) les a ramenés sur le devant de la scène. En effet, les régimes obligatoires ne suffisent plus à garantir une couverture suffisante et il faut encadrer la protection sociale complémentaire. Par exemple, 1989 a vu la création de la Commission de contrôle des assurances et de la Commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance (fusion en 2003 avec l'Acam puis aujourd'hui devenue Autorité de contrôle prudentiel) et la publication de la loi EVIN (n° 89-2009) sur la prévoyance, qui fixe les règles entre l'Etat, les assurés et les organismes complémentaires dans le cadre des assurances collectives.

Les pouvoirs publics sont allés plus loin. Reconnaisant la nécessité de la protection complémentaire, ils ont incité les employeurs et les acteurs : on peut citer la loi du 21 août 2003 prévoyant que les exonérations sociales ne valent que pour les contrats collectifs et obligatoires, avec une participation de l'employeur effective et uniforme pour les salariés d'une même catégorie, et portant sur un contrat responsable. Le cahier des charges de ces contrats responsables sera fixé par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005, spécifiant notamment le respect du parcours de soins coordonnés.

D'autres indicateurs du caractère essentiel de la couverture complémentaire peuvent être relevés. D'une part la création en 1999 de la couverture maladie universelle (CMU), qui correspond à un régime de base et aussi à une protection complémentaire pour les plus démunis, et d'autre part la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui met en place une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes dont les revenus se situent au-dessus du plafond de la CMU, mais qui ne dépassent pas un certain plafond.

Dernière étape en date de ce processus, l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 prévoit la généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise à l'ensemble des salariés du privé, et ce à effet du 1^{er} janvier 2016 en trois temps : ouverture des négociations avant le 1^{er} avril 2013 dans les quelques 260 branches non pourvues, passage de relais aux entreprises en cas d'échec au 1^{er} juillet 2014, et à défaut d'accord d'entreprise au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra cofinancer à 50 % un contrat collectif basé sur un panier de soins minimal. La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 entérine cet accord et instaure une complémentaire santé collective obligatoire avec la participation de l'employeur, quelle que soit la taille de l'entreprise, avant le 1^{er} janvier 2016.

Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 définit le panier de soins remboursable dans le cadre de l'ANI.

Enfin, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 reconfigure le contrat solidaire et responsable³ pour les contrats complémentaires de santé individuels.

Après l'avoir fait pour la protection sociale de base obligatoire, les pouvoirs publics ont ainsi organisé dans sa gestion, son financement et son contenu, la complémentaire dite « socle ».

Aujourd'hui, le secteur privé organise un système de surcomplémentaire : la circulaire du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales apporte dans son IV des précisions en cas de contrats multiples et donc de surcomplémentaire.

Pour les autres régimes sociaux, l'organisation de la protection sociale complémentaire ne date pas d'aujourd'hui. Déjà en 1966, la loi du 22 décembre a créé un régime complémentaire obligatoire pour les exploitants agricoles.

³ Les articles L. 242-1 du code de la sécurité sociale, 83, 1 quater, 995, 15 et 995, 16 du code général des impôts, subordonnent les exonérations de cotisations de sécurité sociale et de taxe sur les conventions d'assurance, et la déduction fiscale du revenu imposable des intéressés, attachées aux cotisations et primes d'assurance finançant des garanties de couverture des frais de santé, au caractère « responsable » du contrat (CSS, art. L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 Circ. DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30, 30 janv. 2015). Le cahier des charges des contrats responsables comprend notamment : des interdictions de prise en charge (participation financière forfaitaire de l'assuré, « franchises médicales », respect du parcours de soins), des obligations de prise en charge (au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant, au moins 35 % du tarif de remboursement par l'assurance maladie des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant, la totalité du ticket modérateur d'au moins 2 prestations de prévention prévues par une liste fixée par arrêté du 8 juin 2006, et depuis le 1er janvier 2015, du ticket modérateur des consultations/visites et du forfait journalier hospitalier) et des plafonds de remboursement (100 % de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie, sauf médicaments à service médical rendu modéré ou faible, homéopathie et soins thermaux, encadrement de la prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS), encadrement des remboursements en optique avec un remboursement tous les 2 ans sauf exception).

Concernant le régime spécial de la fonction publique, l'organisation par les pouvoirs publics de la complémentaire collective avec participation de l'employeur a commencé avec les lois des 2 et 17 février 2007 relatives à la modernisation de la fonction publique pour la première, et à la fonction publique territoriale pour la seconde. Ce dispositif en est encore au stade du contrat collectif à adhésion facultative et à la participation facultative de l'employeur. Il reprend les critères des contrats responsables, organise la sélection des organismes et instaure des éléments obligatoires dans les contrats, que ce soit pour l'obtention d'un label ou dans les cahiers des charges des conventions de participation. Toutefois, fortes des dispositions applicables au secteur privé, les organisations syndicales et certains opérateurs oeuvrent pour rendre obligatoire la participation de l'employeur dans le secteur public.

Fiche n° 4
L'HISTORIQUE
DE LA PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE

Fiche n° 4

L'HISTORIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

PARTIE 1. *L'évolution du cadre juridique*

1. *Avant 2006, un cadre flou pour la participation financière des employeurs*

Il paraît utile de s'arrêter sur le feuillet réglementaire qui a accompagné pendant de nombreux mois, voire années, la question de la participation financière des employeurs publics aux dispositifs solidaires de protection sociale de leurs agents.

Le 19 septembre 1962, l'arrêté ministériel, dit arrêté Chazelle, fixe la participation financière de l'Etat aux mutuelles de ses agents (jusqu'à 25 % du montant des cotisations). Cet arrêté avait été étendu, par circulaire, aux agents de la Fonction publique territoriale. L'objectif était de mettre en place des mécanismes de solidarité au profit des agents publics en matière d'accès aux soins et d'action sociale.

Le 13 juillet 1983, la loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite Loi Le Pors, prévoit des prestations sociales au bénéfice des agents et dispose que ces derniers « participent à la définition et à la gestion de l'action sociale ».

Le 22 juillet 2005, la Commission européenne demande à l'Etat français de prendre les mesures utiles touchant le système d'aides reçues par les mutuelles de la fonction publique, car créant une distorsion de concurrence entre mutuelles, incompatible avec les règles européennes en la matière. Elle dénonce « des financements étatiques discriminatoires aux mutuelles de fonctionnaires », contraires au principe d'égalité devant le service public (suite au recours de la Mutuelle Générale des Services Publics).

Le 26 septembre 2005, un arrêt du Conseil d'Etat requiert l'abrogation par le Gouvernement, sous 6 mois et avant mars 2006 du cadre juridique fixé par l'arrêté Chazelle.

Le 13 juin 2006, un arrêté interministériel abroge l'arrêté du 19 septembre 1962 (Arrêté « Chazelle ») ainsi que les articles R.523-1 et R.523-2 du code de la Mutualité qui permettaient la participation financière des employeurs publics.

Ces décisions, remettant en cause la participation financière des employeurs publics aux mutuelles de leurs agents, suscitent de nombreuses controverses chez les opérateurs et les représentants des personnels qui poussent le gouvernement à sécuriser le cadre juridique.

2. De 2006 à 2011, une situation transitoire

L'idée de l'abrogation de l'arrêté Chazelle, outre la régularisation vis-à-vis des exigences de la commission européenne, n'était pas de remettre en cause la participation financière des employeurs publics, mais bien de redéfinir son cadre juridique. En 2006, s'instaure donc un dialogue avec les partenaires sociaux.

Sont alors rappelés les grands principes en matière de prestation santé et prévoyance des agents publics. Il est mis en avant l'importance qu'il y a à encourager les agents à disposer d'une prévoyance « risque long » et d'une protection complémentaire santé répondant aux critères de solidarité, notamment entre actifs et retraités, défendus par le monde mutualiste.

Le 2 février 2007, après une longue gestation, paraît enfin la loi relative à la modernisation de la Fonction publique qui délimite les contours de l'action sociale visant « à améliorer les conditions de vie des agents publics et de leur famille (...) ».

Le 19 février 2007, la loi relative à la fonction publique territoriale inscrit les prestations d'action sociale dans la liste des dépenses obligatoires des collectivités, juste après leur rémunération. Cependant, conformément au principe de libre administration, celles-ci en choisissent le principe, le montant, les modalités (art. 70). En outre, la possibilité est offerte aux centres de gestion de souscrire des contrats-cadres pour le compte des collectivités, l'action sociale devenant une mission facultative des centres de gestion (article 20).

Le 19 septembre 2007 paraît le décret d'application du dispositif défini par la loi de modernisation de la fonction publique, pour la fonction publique d'Etat (FPE) exclusivement, spécifiant les modalités de participation financière aux contrats santé et prévoyance des agents de l'Etat.

Le 3 août 2009, la loi relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique prévoit dans son article 38 la participation des collectivités au financement de la protection sociale de leurs agents.

Pour autant, les décrets d'application n'étant pas sortis, la participation des collectivités n'était donc en soi pas possible depuis l'abrogation de l'arrêté Chazelle, soit depuis 2006. Il conviendra d'attendre, pour les fonctionnaires territoriaux, le décret du 8 novembre 2011 pour que puisse être mis en application le dispositif de participation financière, l'Etat ayant devancé l'appel 4 années auparavant...

Toutefois, sous la pression des opérateurs et notamment des mutuelles historiques de la fonction publique territoriale, les collectivités ont trouvé quelques biais avant les possibles régularisations juridiques. Celles qui avaient délibéré pour une contribution financière aux contrats santé et prévoyance de leurs agents avant l'abrogation de l'arrêté Chazelle ont négocié avec leurs interlocuteurs du contrôle de légalité pour maintenir le dispositif au titre des avantages acquis (article 111 al. 3 de la loi du 26 janvier 1984), sans qu'il soit possible d'ouvrir cette participation à d'autres prestataires. Pour les autres employeurs territoriaux « post abrogation », aucune alternative de participation financière n'était offerte, dans l'attente de la parution du décret.

3. Le principe est posé : l'action sociale, un sujet obligatoire et la protection sociale complémentaire, un sujet possible

La loi a consacré le droit à l'action sociale pour les agents territoriaux. En effet, le deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dispose : « [Les fonctionnaires] participent à la définition et à la gestion de l'action sociale, culturelle et de loisirs dont ils bénéficient ou qu'ils organisent. »

Dans sa mise en œuvre ce droit doit cependant respecter le principe de libre administration des collectivités : selon l'article 88-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, « Les organes délibérants des collectivités territoriales et de leurs établissements publics déterminent le type des actions et le montant des dépenses qu'ils entendent engager pour la réalisation des prestations prévues à l'article 9 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, ainsi que les modalités de leur mise en œuvre ».

L'obligation pour l'employeur consiste ici à prendre une décision, quelle qu'elle soit.

Concernant la protection sociale complémentaire, le principe posé est celui de la possibilité pour l'employeur d'y participer financièrement. En effet, l'article 22bis-1 de la loi n° 83-634 précitée dispose que « Les personnes publiques mentionnées à l'article 2 peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent ».

L'article 25 de la loi n° 84-53 précitée, plusieurs fois modifié, a fini par préciser le cadre d'intervention des centres de gestion tant en matière d'action sociale que de protection sociale : « Les centres de gestion « peuvent assurer la gestion de l'action sociale et de services sociaux en faveur des agents »... « permettant aux agents de bénéficier de prestations d'action sociale mutualisées... et de conclure avec un des organismes mentionnés (...) une convention de participation ».

PARTIE 2. *Les éléments significatifs* du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011

Le décret encadre la participation des employeurs territoriaux au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents en ce qui concerne les risques suivants :

- la « Santé » qui est la couverture des risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et des risques liés à la maternité ;
- la « Prévoyance » qui recouvre, a minima, les risques d'incapacité de travail et, le cas échéant, tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès.

Ces prestations doivent être complémentaires au statut et touchent les publics visés en partie 1 de la fiche 5 de ce livret.

Les collectivités territoriales peuvent moduler leur participation dans un but d'intérêt social, en tenant compte du revenu des agents et, le cas échéant, de leur situation familiale (art.23).

La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics constitue une aide à la personne, sous forme d'un montant unitaire par agent, qui est versée soit directement aux agents, soit aux organismes qui la répercutent intégralement en déduction de la cotisation due par l'agent.

Le décret est entré en vigueur le lendemain de sa publication au Journal Officiel (JO), mais certaines dispositions ont été progressives, afin que les procédures (labellisation/convention de participation) prennent effet en même temps. Ainsi, les conventions de participation ne pouvaient être mises en œuvre que sous un délai de 9 mois, à compter de la parution du décret, pour permettre au dispositif d'agrément par l'Autorité de Contrôle Prudentiel des organismes « labellisateurs » de se mettre en place.

Ce délai de mise en œuvre du dispositif a par ailleurs été très utile pour instaurer un dialogue social au sein des collectivités et identifier quelle procédure mettre en œuvre :

- Soit la labellisation de contrats ou de règlements, sous la responsabilité de prestataires habilités par l'Autorité de Contrôle Prudentiel,
- Soit un règlement retenu dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence, à travers une convention de participation.

Selon la stratégie RH de la collectivité, il appartient à la collectivité :

- de participer (ou pas) à la protection sociale,
- de choisir sur quel volet participer (Santé et/ou Prévoyance),
- de définir le mode de participation (labellisation/mise en concurrence).

Avec ce dispositif législatif et réglementaire, les centres de gestion se sont trouvés confirmés dans leur rôle de possibles intervenants. Ils peuvent conclure une convention de participation (après qu'une première hypothèse de contrat cadre ait été avancée dans la loi du 19 février 2007 (article 20) mais rapidement remis en cause dans la loi du 3 août 2009) pour toute collectivité qui leur demanderait par voie de mandat. Ce rôle des centres de gestion rappelle qu'ils sont des interlocuteurs privilégiés des collectivités de leur territoire de référence avec lesquelles ils entretiennent des liens de gestion quotidiens. Accompagner les collectivités dans cette réflexion, c'est aussi attirer leur attention sur toutes les procédures d'accompagnement social de l'emploi destinées à améliorer la qualité de vie au travail des agents, en complément de toutes les interventions relevant du management, de la conduite du dialogue social, de la prévention des risques professionnels, de l'articulation vie privée/vie professionnelle et plus généralement du sens donné au travail de chacun.

C'est dans ce contexte que se sont opérés les choix d'un certain nombre d'employeurs publics : de participer ou de ne pas participer, en cas de décision favorable d'opter pour la labellisation ou la convention de participation selon la nature des risques assurés, et dans cette dernière hypothèse de donner mandat ou non au centre de gestion.

D'autres voies ont été explorées, à titre d'exemple, par la MNT, mutuelle historique, soucieuse de préserver des liens tissés avec les agents territoriaux. C'est ainsi qu'est apparue la convention de mécénat, signée par une vingtaine de centres de gestion. L'objectif est de valoriser la complémentarité des centres de gestion et de l'opérateur dans le cadre d'un partenariat consolidé. Le centre de gestion a dans ce cadre un rôle d'information mutualisé sur les éléments statutaires de la protection sociale auprès des agents des collectivités et des responsables de ressources humaines, tandis que l'opérateur apporte sa connaissance technique dans le choix possible de garanties et l'évolution possible des contrats individuels.

Fiche n° 5
LES BÉNÉFICIAIRES
(ET POSITION D'ACTIVITÉ)

Fiche n° 5

LES BÉNÉFICIAIRES (ET POSITION D'ACTIVITÉ)

PARTIE 1. *Le public visé*

Tous les agents territoriaux, quel que soit leur statut, peuvent adhérer de façon facultative et individuelle à un contrat de protection sociale complémentaire (articles 1^{er} et 3 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire).

Les articles 1^{er} et 23 du décret disposent que : « *La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics mentionnée à l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée bénéficie aux fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités et établissements mentionnés [..]* »

« *Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent moduler leur participation dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.* »

Il découle de ces dispositions que l'employeur ne peut exclure du dispositif un groupe d'agents en fonction de la catégorie ou du statut.

Dès lors, peuvent adhérer à un contrat de protection sociale complémentaire :

- les fonctionnaires stagiaires et titulaires,
- les agents contractuels de droit public,
- les agents de droit privé (contrats aidés, apprentis),
- les agents retraités.

Par contre, seuls les agents en activité et adhérant aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité peuvent bénéficier de la participation mise en place par un employeur territorial.

Les agents retraités bénéficient indirectement du dispositif compte tenu de la solidarité imposée. Ils sont concernés uniquement par le risque santé et ne peuvent percevoir d'aide financière de leur ancienne collectivité employeur. Ils peuvent donc librement :

- s'ils sont adhérents ou souscripteurs auprès d'un organisme, y rester sans aucune démarche particulière à effectuer. Ils pourront bénéficier des conditions solidaires si ce contrat vient à être labellisé ;
- soit adhérer à un contrat labellisé directement auprès de la mutuelle, de l'institution de prévoyance ou de l'assurance porteuse du contrat ;
- soit adhérer à une convention de participation conclue par le dernier employeur lorsqu'ils ont été admis à la retraite. En ce cas également, ils bénéficieront des conditions solidaires qui y figurent.

Il convient de préciser que les collectivités n'ont plus de lien direct avec leurs agents retraités, contrairement à l'État. Ce dernier assurant pour ses agents le service de la retraite, il permet une continuité entre ses agents actifs et ses agents retraités. Les agents retraités des collectivités sont gérés par d'autres organismes différents des collectivités : la CNRACL ou l'IRCANTEC. Il n'y a donc plus de lien direct avec la collectivité qui peut perdre la trace de ses agents retraités. Un retraité peut effectivement déménager et il n'a pas l'obligation de donner sa nouvelle adresse à sa dernière collectivité ; l'information est donnée à la caisse de retraite. C'est pourquoi, et conformément à l'article 22 du décret susvisé, l'information aux agents retraités sur le dispositif de la protection sociale complémentaire est assurée par les caisses de retraite.

PARTIE 2. *Les cas particuliers*

1. *Les agents à temps non complet / à temps partiel :*

Aucune disposition réglementaire ne prévoit expressément la possibilité de moduler la participation des employeurs selon le temps de travail de l'agent.

Dès lors, sauf décision contraire de la collectivité, les agents employés à temps non complet ou autorisés à travailler à temps partiel peuvent percevoir le même montant de participation que les agents employés à temps complet.

D'ailleurs, il est à noter que la DGCL a adressé un courrier à certains Centres de Gestion concernant l'impossibilité, dans le silence des textes, de proratiser la participation de l'employeur en fonction du temps de travail des agents.

2. Les agents intercommunaux ou pluricommunaux :

Tout comme pour les agents à temps non complet ou à temps partiel, aucune disposition réglementaire ne prévoit de limitation de la participation de l'employeur.

Toutefois, la participation ne doit pas dépasser le montant de la cotisation. C'est pourquoi il est nécessaire que les différents employeurs d'un même agent se coordonnent afin que le montant des participations cumulées n'excède pas celui de la cotisation acquittée par l'agent.

3. Les agents des Offices Publics de l'Habitat (OPH)

Les agents de la fonction publique territoriale des OPH figurent parmi les bénéficiaires, les OPH étant des établissements publics locaux.

En revanche, les agents de droit privé des OPH, régis par un accord collectif, ne relèvent pas du dispositif d'aide prévu par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

4. Les fonctionnaires détachés :

La loi ne prévoit pas de règle spécifique en matière de protection sociale complémentaire pour les fonctionnaires détachés.

Toutefois, en application de l'article 64 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, un fonctionnaire détaché pourra bénéficier des aides de son employeur de détachement.

5. Les agents mis à disposition :

Dans le cadre de la mise à disposition de fonctionnaires et d'agents contractuels, il est nécessaire, de par les textes réglementaires, d'établir une convention de mise à disposition.

C'est cette convention qui devra régler la question des aides versées à l'agent mis à disposition.

A défaut, la circulaire ministérielle du 25 mai 2012 précise que les agents mis à disposition ont vocation à bénéficier des aides de leur collectivité d'origine.

Le montant de la participation versée aux fonctionnaires détachés ainsi qu'aux agents mis à disposition ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime qui serait dû en l'absence d'aide. Il conviendra donc d'éviter les cumuls possibles d'aide à la protection sociale complémentaire entre la collectivité d'origine et celle d'accueil.

6. Les agents nouvellement embauchés :

Selon l'article 31 2° du décret n° 2011-1474, les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche.

Passé ce délai, si l'adhésion au titre du contrat ou du règlement est acceptée, elle pourra être subordonnée par dérogation à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical. Ceci n'est pas sans difficulté lorsque le contrat doit garder son caractère « responsable ».

Aussi, la convention de participation doit prévoir un délai dit de stage, permettant à tous d'adhérer sans questionnaire médical.

7. Les agents en arrêt pour raison de santé :

Les agents en arrêt de travail peuvent adhérer au contrat ou au règlement dans les conditions prévues par celui-ci. C'est pourquoi, il est conseillé d'établir un cahier des charges clair et précis prévoyant la situation des agents en arrêt pour raison de santé au moment de la conclusion du contrat.

Exemple : le contrat peut prévoir un délai de stage pour les agents en arrêt, leur permettant ainsi d'adhérer au dispositif. L'agent cotise mais la garantie ne prendra effet qu'à l'issue du délai de stage.

8. La portabilité du contrat en cas de mobilité :

La mobilité des agents de la Fonction Publique Territoriale n'a pas les mêmes effets que celle des fonctionnaires d'État.

En cas de mutation, le fonctionnaire territorial change d'employeur, ce qui n'est pas toujours le cas pour le fonctionnaire d'Etat.

La question de savoir s'il est ou non possible à l'agent territorial en situation de mobilité de conserver son contrat est, par conséquent, très importante.

La réponse est différente si ce dernier a souscrit un contrat labellisé ou a adhéré à une convention de participation :

Si l'agent avait souscrit un contrat labellisé	Si l'agent avait adhéré à la convention de participation mise en place par son employeur
<p>Dans un premier temps, l'agent doit se renseigner auprès de son nouvel employeur pour savoir s'il participe ou non financièrement et quelle procédure il a mis en place : labellisation ou convention de participation (ou encore si rien n'est mis en place en matière de protection sociale dans la collectivité).</p> <p>Possibilités offertes :</p> <p>1) l'agent peut conserver son contrat labellisé aux mêmes conditions de tarif et de prestations, sans aucune démarche particulière, mais sans participation de l'employeur.</p> <p>2) par contre, si la nouvelle collectivité a mis en place une convention de participation, il a la possibilité d'y adhérer dans les 6 mois suivant son recrutement et de résilier son contrat précédent.</p> <p><i>Attention : Dans une même collectivité, l'employeur ne peut pas participer financièrement dans le cadre de deux procédures différentes pour un même risque (labellisation et convention de participation).</i></p>	<p>Sauf disposition particulière de l'assureur, le contrat prend fin lorsque l'agent quitte la collectivité.</p> <p><i>Il est donc conseillé aux collectivités choisissant la convention de participation de s'assurer que l'organisme retenu prévoit la poursuite du contrat – sa portabilité pour l'agent quittant la collectivité – pendant la durée de la convention de participation.</i></p>

Fiche n° 6
LA PARTICIPATION
FINANCIÈRE DE L'EMPLOYEUR
TERRITORIAL

Fiche n° 6

LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'EMPLOYEUR TERRITORIAL

PARTIE 1. *Les principes de participation*

1. *Principe général*

L'article 1^{er}, alinéa 1 du décret n° 2011-1474 du 8/11/2011 dispose que :

« La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics mentionnée à l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée bénéficie aux fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée qui adhèrent à des règlements ou souscrivent des contrats garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, agents et retraités, dans les conditions prévues au présent décret. »

Par conséquent, le régime des participations des employeurs publics doit constituer une aide à caractère social, en particulier en étant réservée aux seuls contrats et règlements proposant une solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités. Par ailleurs, ces aides sont des aides à la personne et elles ne peuvent être attribuées qu'après une procédure de sélection transparente des contrats et règlements.

2. *L'institution des participations*

L'assemblée délibérante fixe le montant des dépenses qu'elle souhaite engager au titre de la participation à la protection sociale complémentaire. Elle décide également si la participation est versée au titre du risque « santé », du risque « prévoyance » ou des deux risques. Dans le cas où l'employeur aurait décidé de passer une convention de participation, les agents ne pourront pas demander de participation pour des contrats labellisés, et inversement.

Les retraités (concernés uniquement par les contrats « santé ») ne bénéficient pas de cette participation de l'employeur. Le décret restreint son versement aux agents des collectivités territoriales et des établissements publics (art 23 du décret).

3. Nature et objectifs de la participation

La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics constitue une aide à la personne. Elle est versée sous forme d'un montant unitaire par agent et vient en déduction de la cotisation ou de la prime due par les agents (art 24 du décret).

La mention d'un montant unitaire par agent permet :

- de maîtriser le coût budgétaire que représente la participation pour l'employeur,
- de mettre en œuvre une mesure d'équité sociale car les agents à faibles revenus voient une part importante de leur cotisation prise en charge, comparativement à celle des agents aux revenus plus élevés.

4. But d'intérêt social

Le montant de la participation peut être modulé « dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale » (article 23 du décret). Le « but d'intérêt social » consiste à favoriser les personnels aux revenus les moins élevés en prenant en compte, par exemple, la situation familiale, à l'instar de ce qui est prévu en matière d'action sociale par l'article 9 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983.

Elle peut être modulée en fonction du nombre d'ayants droit si le contrat ou le règlement le prévoit. La participation de la collectivité peut donc être apportée à due concurrence.

La participation de l'employeur doit être ajustée dans un but d'intérêt social et peut également à ce titre avoir comme objectif de favoriser le pouvoir d'achat des agents de la collectivité, en agissant directement sur le coût des garanties en santé et en prévoyance dans les ménages d'agents publics.

La participation doit également tenir compte des principes de solidarité inter-générationnelle et familiale qui caractérisent plus particulièrement les différentes garanties et se répercutent sur les cotisations qui ne peuvent être fixées ni selon l'âge, l'état de santé, le sexe, l'emploi, la composition de la famille et le statut retraité/actif de l'agent.

5. Montant de la participation

En aucun cas, il ne peut être supérieur au montant de la cotisation due par l'agent (art 25 du décret). Les textes ne fixent pas de montant minimum, (il pourrait donc être envisagé de ne pas attribuer de crédits) mais l'existence de la convention de participation suppose une participation effective de la collectivité.

Exemples d'illustration de la participation de l'employeur

En risque santé :

Le montant forfaitaire annuel de participation de l'employeur par agent sera de 540 €, soit 45 € mensuels.

La participation forfaitaire sera modulée comme suit :

Selon la composition familiale :

- majoration de 96 € / an en cas d'adhésion du conjoint, soit 8 € mensuels
- majoration de 60 € / an par enfant à charge, soit 5 € mensuels

Modalités de versement

Les collectivités territoriales ou établissements publics ont le choix de verser une participation (art 24 du décret).

- soit directement aux agents,
- soit aux organismes de protection sociale complémentaire qui la déduisent de la cotisation ou de la prime due par l'agent : elle est calculée en multipliant le montant unitaire de l'aide par le nombre d'agents bénéficiaires, nombre obtenu d'après la liste annuelle fournie par le prestataire (art 25 du décret).

L'organisme « tient une comptabilité permettant de retracer l'utilisation des participations reçues dans le respect de l'article 1^{er} » c'est-à-dire dans les conditions du décret, et en particulier de l'obligation de répercuter la participation par une réduction de la cotisation ou de la prime due par les agents définie à l'article 24 du décret. L'organisme doit également faire apparaître sur les appels de cotisation ou de prime le montant total ainsi que le montant de l'aide versée.

Ces modalités sont vérifiées par les collectivités dans le cas d'une convention de participation et par les prestataires habilités dans le cas d'un contrat ou d'un règlement labellisé.

PARTIE 2. *La fiscalité de la participation de l'employeur*

Le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011⁴ relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics dispose dans son article 24 que « *la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics constitue une aide à la personne* ».

L'article 3 du décret dispose que « l'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire [...] *est facultative pour les agents et retraités* ».

⁴Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

1. L'imposition de la participation financière pour les agents

La participation est soumise à l'**impôt sur le revenu**. En effet, selon l'article 79 du code général des impôts « *les traitements, indemnités, émoluments, salaires, pensions et rentes viagères concourent à la formation du revenu global servant de base à l'impôt sur le revenu* ».

La participation financière des employeurs publics à la protection sociale complémentaire est assujettie à la **CSG et à la CRDS**. En effet, selon l'article L 136-2 4° du code de la Sécurité Sociale « *les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance* » sont incluses dans l'assiette de la contribution.

L'article 14 de l'ordonnance n° 96-50⁵ du 24/01/1996 ainsi que la réponse ministérielle à la question n° 20971 publiée au JO le 22/07/2014 confirment ce point.

2. La question du forfait social

Selon le décret n° 2012-25⁶ et la circulaire N° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, le forfait social s'applique aux participations financières exemptées des cotisations sociales.

L'article L242-1 du code de la sécurité sociale subordonne les exonérations sociales des contributions patronales finançant les régimes de protection sociale complémentaire à l'obligation que ces régimes soient institués au sein de l'entreprise à titre **collectif et obligatoire**.

⁵ Ordonnance n° 96-50 du 24/01/1996 relative au remboursement de la dette sociale

⁶ Décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire

2.1. Sur le caractère collectif

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 précise qu'est collectif un régime qui offre des garanties à l'ensemble des personnels ou à une catégorie d'entre eux. Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 établit les critères permettant de définir une catégorie objective (exemple : cadres et non cadres).

Dans le silence des textes relatifs à la protection sociale complémentaire dans la FPT et à la création de catégories bénéficiaires ou non des dispositifs, il est largement admis le caractère collectif de ces régimes.

Le ministère de la Réforme de l'État, décentralisation et fonction publique, est allé dans ce sens en précisant « qu'en conformité avec l'objectif d'encouragement au développement de la protection sociale complémentaire, les garanties ainsi financées ont été assimilées à des garanties de protection sociale complémentaire collectives au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale... » (question n° 20971 publiée au JO le 22/07/2014).

Toutefois, une interprétation différente a été faite par l'URSSAF de Seine-et-Marne⁷ analysant de façon spécifique un régime mis en place via le centre de gestion : « le régime social applicable [doit] être déterminé au regard des différentes clauses du contrat ».

En application de l'article L.242-1 CSS, le régime, pour revêtir un caractère collectif, doit bénéficier à tout le personnel ou à une catégorie de salariés sous réserve que celle-ci soit établie à partir de critères objectifs. L'Urssaf analyse alors la modulation de la participation de l'employeur en fonction de tranches de revenus dans le cas d'espèce. Pour garder le caractère collectif du régime, la modulation de la participation de l'employeur doit respecter les critères prévus par le décret n° 2012-25 précité sur les catégories possibles.

Or, la modulation par tranche de revenus n'y étant pas prévue, cette modulation retire tout caractère collectif au régime.

L'Urssaf en conclut que le régime spécifique porté à son analyse n'est pas exonéré des contributions sociales et donc que le forfait social n'est pas dû.

⁷ Courrier du 31 juillet 2013 adressé au CDG de Seine-et-Marne

On peut en conclure que le caractère collectif (au sens de l'article L.242-1 CSS) du régime mis en place par l'employeur ne peut être supposé en ce qui concerne les régimes auxquels participent financièrement les employeurs publics territoriaux.

2.2. Sur le caractère obligatoire

La circulaire du 25 septembre 2013 précitée rappelle que « seules les contributions des employeurs aux systèmes de garanties auxquels l'adhésion du salarié est obligatoire peuvent bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale ».

Or, selon l'article 3 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales à la protection sociale complémentaire des agents, l'adhésion de ces derniers est facultative : « L'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire mentionnées à l'article 2 [santé et/ou prévoyance] est facultative pour les agents et retraités ». Dès lors, le critère du caractère obligatoire du régime n'est pas rempli.

Ainsi, conformément aux articles L.242-1⁸ et D 242-1 du code de la sécurité sociale, la participation à la protection sociale des agents ne peut pas bénéficier de l'exonération des cotisations sociales dont bénéficient les participations obligatoires. La participation de l'employeur public est donc incluse dans l'assiette des cotisations sociales.

Dans le même sens, l'Urssaf du Bas-Rhin⁹ affirme que « la participation patronale au financement d'un régime de prévoyance facultatif souscrit par le salarié constitue un avantage en espèces intégralement soumis à cotisations et contributions sociales. Le forfait social n'est pas dû. »

Des positions différentes ont été adoptées par des organes de contrôle notamment.

⁸ Article L 242-1 du code de la sécurité sociale

⁹ Courrier du 28/05/2013 adressé au CDG du Bas-Rhin

Le site internet de l'URSAFF¹⁰ affirme que « bien que l'adhésion des agents des collectivités territoriales au régime de prévoyance complémentaire frais de santé et/ou incapacité de travail soit facultative, il y a lieu de considérer que le régime présente un caractère obligatoire ». Ainsi, les contributions patronales sont éligibles au forfait social « sous réserve de respecter l'ensemble des autres conditions notamment celle relative au caractère collectif ». L'Urssaf envisage ensuite les 2 hypothèses possibles : exonération ou non. Aussi, il n'y a pas d'exonération a priori, il s'agit d'analyser les cas d'espèces au regard des différents critères.

La question n° 20971 publiée au JO le 22/07/2014 précitée conclut également que le forfait social est applicable à la participation à la protection sociale des agents au taux de 8 % tout en restant silencieuse sur le caractère obligatoire ou non du régime de la protection sociale complémentaire des territoriaux : « en conformité avec l'objectif d'encouragement au développement de la protection sociale complémentaire, les garanties ainsi financées ont été assimilées à des garanties de protection sociale complémentaire collectives au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit leur exclusion de l'assiette des cotisations ».

L'URSSAF de Seine-et-Marne rappelle qu'il est admis que les dispositifs mis en place par l'Etat ont un caractère obligatoire parce que les agents n'ont pas la possibilité d'opter pour l'une ou l'autre des garanties du contrat. Et l'URSSAF de Seine-et-Marne estime que ce raisonnement doit être retenu concernant le régime territorial particulier qui lui est soumis.

Ce raisonnement ne peut vraisemblablement pas être suivi concernant les contrats qui laissent le choix aux agents de leurs garanties. On ne peut que conclure encore une fois, que chaque contrat mis en place par l'employeur public doit être spécifiquement analysé au regard des critères de l'article L.242-1 CSS et des textes applicables.

L'ensemble de ces raisonnements non concordants fragilise la sécurité juridique de la fiscalité de l'action des employeurs publics territoriaux en faveur de la protection sociale complémentaire de leurs agents. Autant dire que la fiscalité de la PSC relève d'une position juridique épineuse dans la mesure où les juridictions de contrôle dispensent des positions contradictoires. Il est donc délicat d'établir une doctrine et seule une position commune des centres de gestion dans le cadre de convention de participation est susceptible, par une pratique harmonisée, de consolider l'approche juridique.

¹⁰ Site internet de l'URSAFF - Protection sociale complémentaire

Fiche n° 7

LES OPÉRATEURS PRÉSENTS
SUR LE SECTEUR DE LA
PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE

Fiche n° 7

LES OPÉRATEURS PRÉSENTS SUR LE SECTEUR DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

PARTIE 1. *La nature juridique des acteurs* ***(assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance)***

Sur le marché de l'assurance, il existe trois types d'acteurs, dont la nature juridique diffère. Dans le cadre de la protection sociale complémentaire, un agent qui souhaite garantir ses frais de santé ou son maintien de salaire devra se tourner vers un opérateur revêtant la forme suivante :

1. *Les sociétés d'assurances,* ***régies par le Code des assurances***

Ces sociétés d'assurance sont constituées en sociétés anonymes (société de capitaux, à but lucratif) ou en sociétés d'assurance mutuelle (société à but non lucratif). Ces sociétés d'assurance mutuelle ne doivent pas être confondues avec les mutuelles.

Historiquement, les assureurs garantissaient les biens (habitation, automobile). Toutefois, ces derniers ont aujourd'hui des activités diversifiées et ont une place importante sur le secteur de la protection sociale complémentaire.

Exemples de sociétés anonymes d'assurance : Axa, Allianz, Generali...

Exemples de sociétés d'assurance mutuelle : Macif, MMA, Groupama...

2. *Les mutuelles, plus communément appelées* ***« mutuelles 45 » et régies par le Code de la mutualité***

Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif pour lesquelles la complémentaire santé est le cœur de métier. Elles restent les acteurs incontournables de la protection sociale complémentaire.

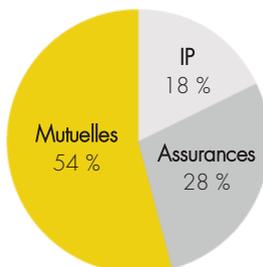
Exemples de mutuelles : MNT, Harmonie Mutuelle, Intériale...

3. *Les institutions de prévoyance (IP), régies par le Code de la Sécurité Sociale*

Ces entités avaient initialement vocation à garantir les risques longs. Toutefois, elles sont à ce jour présentes sur le secteur de la protection sociale complémentaire et notamment dans le cadre de contrats collectifs. Les institutions de prévoyance se caractérisent par une gestion paritaire et une composition paritaire du Conseil d'Administration (constitution à part égales entre représentants des salariés et représentants des employeurs).

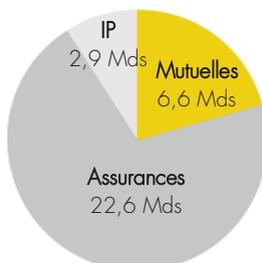
Exemples d'institutions de prévoyance : Humanis, Malakoff-Médéric, AG2R Prévoyance...

La répartition des acteurs sur le marché de la complémentaire santé



Source : rapport Fonds CMU 2013

Le poids financiers des acteurs sur le marché de la prévoyance



Source : MutRé - Plan stratégique 2012-2016 - Vision du marché

Le marché de la prévoyance pesant plus de 32 milliards d'euros (secteurs publics et privés confondus) est quant à lui dominé par les assureurs. Toutefois, le poids des mutuelles s'accroît sur ce risque. Désormais, de nombreuses mutuelles diversifient leurs offres en se positionnant sur le secteur de la prévoyance.

PARTIE 2. Les différents acteurs sur le marché de la protection sociale complémentaire des territoriaux

Concernant la protection sociale complémentaire des fonctionnaires territoriaux, la concurrence est aujourd'hui de mise et quelques acteurs se partagent ce marché.

La mise en œuvre du décret du 8 novembre 2011 a notamment permis de stimuler la concurrence sur ce marché qui était, il y a encore quelques années, largement dominé par la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT).

La MNT est la mutuelle historique des agents territoriaux. Elle compte à ce jour près de 945 800 agents territoriaux adhérents en santé et/ou prévoyance et 827 500 ayants droit. La MNT est encore très présente au sein des collectivités territoriales.

La MNT n'est cependant pas le seul opérateur présent au sein de la fonction publique territoriale.

En effet, la Mutuelle Intériale est aussi désormais bien implantée au sein des territoires. Elle a été créée en 2008 et est le fruit de la fusion de trois mutuelles historiques de la fonction publique : la Mutuelle Générale des Préfectures et de l'Administration Territoriale (MGPAT), la Mutuelle du Ministère de l'Intérieur (MMI) et la Société Mutualiste du Personnel de la Police Nationale (SMPPN). Intériale compte à ce jour plus de 450 000 bénéficiaires.

D'autres opérateurs ont fait leur entrée sur le marché de la protection sociale complémentaire des territoriaux à l'instar d'Harmonie Mutuelle. Elle est également connue désormais des agents territoriaux bien qu'il s'agisse historiquement d'un opérateur mutualiste très présent dans le secteur privé (4,5 millions de personnes protégées au niveau national). Au premier trimestre 2016, 175 000 agents territoriaux étaient couverts en frais de santé par Harmonie Mutuelle.

Humanis a pénétré récemment le secteur de la complémentaire des agents territoriaux en se voyant attribuer certaines conventions de participation. Toutefois, Humanis est un opérateur de poids en ce qui concerne la prévoyance des salariés (Institution de prévoyance classée 2^{ème} dans le « top 30 » des institutions de prévoyance en 2013 par l'Argus de l'assurance).

La Mutuelle Générale est la mutuelle historique de La Poste et de France Telecom. Il s'agit d'un opérateur important sur le marché de la protection sociale complémentaire ayant pénétré le secteur des fonctionnaires territoriaux notamment en remportant des conventions de participation lancées par des Centres de Gestion (exemple : convention de participation Prévoyance du CDG 17). Il s'agit de la 3^{ème} mutuelle française. Elle compte près de 1 500 000 personnes protégées.

L'ensemble des acteurs précédemment évoqués proposent également des contrats labellisés. Mais ce ne sont pas les seuls. En effet, de nombreux autres opérateurs ont des contrats labellisés éligibles à la « participation employeur » des collectivités territoriales.

Baisse du nombre d'acteurs sur le secteur de la santé et exigences renforcées en matière de solvabilité

On constate aujourd'hui une diminution du nombre d'opérateurs présents sur le marché de la santé. Pour exemple, entre 2011 et 2012, le nombre d'acteurs a baissé de 7 %. Cette diminution s'explique notamment par le regroupement de mutuelles. En 1999, 5 000 mutuelles ont été recensées. En 2015, le nombre d'opérateurs mutualistes est tombé à 426. Cette baisse significative du nombre de mutuelles est symptomatique de la restructuration du secteur.

De tels regroupements permettent aux opérateurs d'assurer leur pérennité en renforçant leur marge de solvabilité afin de répondre aux nouvelles exigences du droit communautaire en la matière issues notamment de la directive européenne « Solvabilité II ». Concernant la transposition de la directive en droit interne, une ordonnance a fait l'objet d'une publication au Journal Officiel le 3 avril 2015 (Ordonnance n° 2015-378 transposant la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice).

Cette réforme a pour but de garantir la solvabilité des sociétés d'assurance, des compagnies, des mutuelles et des groupes de protection sociale et ce afin que ces acteurs respectent sur le long terme les engagements financiers pris envers leurs assurés en renforçant leur niveau de capitaux propres.

Ces rapprochements entre les acteurs de la protection sociale complémentaire tendent à se confirmer suite à la généralisation de la mutuelle santé pour les salariés du secteur privé et la progression des contrats collectifs (obligatoires et facultatifs).

Actualités

Preuve de ces mouvements entre opérateurs mutualistes, Harmonie Mutuelle, la MGEN et la MNT se sont engagées dans la création d'une Union Mutualiste de Groupe (UMG). Cette UMG sera le premier groupe mutualiste ainsi que le premier acteur du marché de la complémentaire santé.

Un protocole de rapprochement entre La Mutuelle Générale et Malakoff-Médéric a été conclu en 2015 en vue de créer une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM). Cette SGAM fera du groupe un acteur incontournable de la protection sociale avec plus de 6 millions de personnes protégées.

Fiche n° 8

LES DISPOSITIFS
RÉGLEMENTAIRES POUVANT
DONNER LIEU À LA PARTICIPATION
FINANCIÈRE DES EMPLOYEURS
TERRITORIAUX

Fiche n° 8

LES DISPOSITIFS RÉGLEMENTAIRES POUVANT DONNER LIEU À LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES EMPLOYEURS TERRITORIAUX

Selon l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, les employeurs publics peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'ils emploient souscrivent.

La participation des personnes publiques est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités.

S'agissant de la fonction publique territoriale, l'article 88-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 dispose que sont éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics les contrats et règlements en matière de santé ou de prévoyance remplissant les conditions de solidarité sus-évoquées, attestées par la délivrance d'un label ou vérifiées dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence.

Ces deux modalités de mise en œuvre sont précisées par le décret n° 2011-1471 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

PARTIE 1. *La labellisation*

L'employeur public peut, sans mise en concurrence, apporter sa participation financière aux contrats et règlements de protection sociale complémentaires « labellisés ».

En effet, le caractère solidaire de ces contrats a été préalablement vérifié au niveau national.

Le choix de ce mode de participation intervient par délibération de l'organe délibérant après avis du comité technique, conformément à l'article 4 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 précité.

1. *La procédure*

Les labels sont délivrés par des prestataires qui ont obtenu une habilitation auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel. Ces habilitations, accordées pour une durée de trois ans, font l'objet d'une publication au journal officiel ; la liste des organismes habilités est également accessible sur le site internet de l'Autorité de contrôle prudentiel <https://acpr.banque-france.fr/agrements-et-autorisations/procedures-secteur-assurance/habilitation-de-prestataires-delivrants-des-labels-et-etiquettes.html>

Les organismes intéressés adressent leur demande de labellisation de contrat ou règlement à l'un de ces prestataires habilités.

Le prestataire délivre le label si le contrat ou règlement :

- Est conforme aux principes de solidarité sus-évoqués
- Prévoit, lorsque la participation est versée à l'organisme, la tenue par celui-ci d'une comptabilité permettant d'en retracer l'utilisation au bénéfice des agents ainsi que la mention de la participation sur les appels de cotisation ou de prime.

Le label est accordé pour trois ans.

La liste des contrats labellisés est disponible sur le site du ministère chargé des collectivités locales <http://www.collectivites-locales.gouv.fr/protection-sociale-complementaire>

A retenir : le label est accordé à un contrat ou règlement et non pas à un opérateur ; les opérateurs peuvent proposer plusieurs contrats ou règlements dont certains sont labellisés et d'autres non.

Les agents qui souscrivent ou adhèrent à des garanties labellisées obtiennent de l'opérateur une attestation de labellisation qu'ils remettent à leur employeur.

Au vu de cette attestation, l'employeur accorde sa participation, indépendamment du niveau de garantie retenu par l'agent.

Le choix des agents reste individuel et dans la mesure où la collectivité territoriale adopte la labellisation, elle doit participer à tous les contrats labellisés présentés par les agents.

L'employeur intervient comme un simple « co-financeur » de la protection sociale de ses agents, sans avoir un vrai rôle d'accompagnement social à l'emploi puisqu'il doit participer à tous les contrats labellisés proposés par ses agents. Il n'assure pas un niveau de protection homogène ou équitable de ses agents.

2. La fin de la labellisation

Les modifications des contrats et règlements qui interviennent en cours de période sont systématiquement soumises au prestataire habilité qui vérifie que les conditions de délivrance du label sont toujours satisfaites.

Les contrats et règlements labellisés font par ailleurs l'objet d'une demande de renouvellement du label dans un délai de deux mois précédant l'expiration de la période.

Lorsqu'un label fait l'objet d'une décision de retrait ou de non renouvellement, l'opérateur informe les souscripteurs ou adhérents, dans un délai d'un mois suivant la notification de cette décision, des conséquences qui en résultent en matière de majoration de cotisation.

Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'agent à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation.

Lorsque l'opérateur reçoit directement la participation de l'employeur, il informe également la collectivité ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement ; en cas de participation versée directement aux agents, il leur appartient de donner cette information à leur employeur.

3. Les avantages / inconvénients et points de vigilance

Avantages	Inconvénients
L'employeur n'a aucune procédure de sélection d'opérateur à mettre en place	L'employeur est perçu comme un financeur et non comme un partenaire santé
Les agents choisissent leurs opérateurs et choisissent leur niveau de garantie	Pas de politique générale dans la collectivité ; quid de la garantie du caractère équitable de la couverture santé ou prévoyance ?
Portabilité de la couverture en cas de mobilité (si le nouvel employeur a retenu la labellisation)	Difficultés prévisibles de gestion : <ul style="list-style-type: none">• Paramétrage du SIRH• Aspect chronophage du suivi individuel des contrats des agents

Points de vigilance :

- L'employeur doit s'assurer régulièrement de la concordance entre la participation versée et la réalité de son utilisation.
- L'information faite auprès des agents doit être renouvelée régulièrement.
- La labellisation ne peut concerner des contrats collectifs.

PARTIE 2. *La convention de participation*

La convention de participation est un contrat spécifique ; ce n'est pas un marché public. En effet, son objet n'est pas de satisfaire les besoins des employeurs publics, mais de sélectionner un contrat ou règlement de protection sociale complémentaire ouvrant droit aux aides destinées aux agents.

Une convention de participation peut être conclue soit pour le risque santé, soit pour le risque prévoyance, soit pour les deux risques.

La convention de participation fait l'objet d'une procédure transparente et non-discriminatoire destinée à vérifier le caractère solidaire du contrat ou du règlement.

1. *La procédure*

Cette procédure comprend 7 étapes :

1^{ère} étape : La collectivité consulte le comité technique et délibère sur les éléments essentiels de la future convention

- Il s'agit d'ouvrir le dialogue social dès le début de la procédure en vertu de l'article 33 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 et de l'article 4 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et de définir le projet : choix de la procédure, contenu du dossier, montant estimé de la participation.

2^{ème} étape : La collectivité publie l'avis d'appel à la concurrence

- Publicité dans un journal d'annonce légale et dans une publication spécialisée dans le secteur des assurances ; publicité au JOUE lorsque le montant annuel de la participation prévue excède 100 000 euros.
- Délai de réception des offres qui ne peut être inférieur à 45 jours.
- Contenu de l'avis d'appel à la concurrence (modèle annexé à l'arrêté du 8 novembre 2011) : modalités de présentation des offres de candidature, niveaux minimaux de capacité demandés aux candidats et renseignements à fournir à cet effet, caractéristiques de la convention envisagée (objet, nature, personnels intéressés) et critères de choix.

3^{ème} étape : La collectivité fournit aux candidats un document définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de son personnel et des prestations à proposer

- Pour le risque santé, ces caractéristiques portent également sur la population retraitée. A cet effet, une convention peut être passée avec les caisses de retraite (CNRACL et IRCANTEC), habilitées à fournir aux collectivités des renseignements non nominatifs concernant le sexe, l'âge et le niveau moyen des pensions.

- Pour le risque prévoyance, il est préconisé de présenter aux candidats un état de la sinistralité sur les 3 derniers exercices.

4^{ème} étape : Les candidats remettent leur offre ; celle-ci comprend :

- Les conditions générales d'adhésion,
- Les prestations offertes,
- Pour chaque option, le tarif proposé,
- Les limites, âge par âge, au-delà desquelles ce tarif ne peut évoluer,
- Une précision du degré effectif de solidarité et de la maîtrise financière du dispositif envisagé,
- Des garanties professionnelles, financières et prudentielles.

5^{ème} étape : La collectivité examine les offres en fonction notamment de 4 critères :

- Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé
- Le degré effectif de solidarité (entre les adhérents ; intergénérationnelle ; en fonction de la rémunération ; et pour le risque santé, familial),
- La maîtrise financière du dispositif,
- Les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.

► A titre d'exemple, les pondérations préconisées pour la fonction publique d'Etat sont les suivantes : 30 % pour le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé, 40 % pour le degré effectif de solidarité, 20 % pour la maîtrise financière du dispositif et 10 % pour les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.

6^{ème} étape : La collectivité consulte le comité technique en lui présentant une synthèse de l'examen des offres et délibère sur le choix du contrat ou du règlement. Ainsi, la définition du niveau de protection est une démarche de la collectivité

Dans ce cadre, la protection sociale devient bien un levier RH pour l'employeur. La convention de participation contribue à une protection plus homogène au sein de la collectivité.

7^{ème} étape : La collectivité signe la convention et informe les agents ; les agents choisissent librement de souscrire ou pas un contrat auprès du prestataire retenu

- ▶ L'obligation d'information des agents pèse sur l'employeur. Afin de se prémunir contre d'éventuels contentieux, l'employeur doit constituer la preuve que l'agent a été informé de la proposition d'assurance et de son contenu. Pour constituer cette preuve, l'employeur peut établir une liste d'émargement ou faire signer un courrier de renonciation à l'assurance par l'agent.
- ▶ L'information des agents porte notamment sur les caractéristiques du contrat ou règlement au titre duquel la convention de participation est conclue, ainsi que sur les modalités d'adhésion à celui-ci.
- ▶ L'information des retraités passe, après rapprochement des employeurs auprès de la CNRACL et de l'IRCANTEC, par une mention dans la publication régulière qui leur est diffusée par les Caisses de retraite spécifiant les conventionnements réalisés.
- ▶ Seules les adhésions à ce contrat ou règlement bénéficient de la participation de l'employeur.

2. *La fin de la convention de participation*

2.1. L'échéance normale

La convention de participation est conclue pour une durée de six ans.

Elle peut être prorogée, pour des motifs d'intérêt général, pour une durée maximale d'un an.

2.2. L'échéance avant terme

Un contrôle sur les transferts de solidarité doit être effectué tous les trois ans ; l'organisme retenu fournit un rapport retraçant les opérations effectuées en vue de garantir la solidarité entre les adhérents ou souscripteurs et d'assurer la couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.

Si ces deux critères n'ont pas été satisfaits, la collectivité ou l'établissement peut résilier la convention.

L'organisme peut dépasser les limites tarifaires prévues dans son offre en cas d'évolution significative liée à une aggravation de la sinistralité, à une variation du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs, à des évolutions démographiques ou encore à des modifications de la réglementation. Cependant, la convention de participation étant un contrat, la hausse de tarif ne peut intervenir sans accord de la collectivité.

Enfin, si la collectivité ou l'établissement constate que l'organisme ne respecte plus les dispositions réglementaires, il dénonce le contrat après avoir recueilli les observations de l'organisme.

2.3. Les conséquences de la fin de la convention de participation

Dans l'hypothèse d'une dénonciation comme d'un non-renouvellement, l'organisme, ou la collectivité ou l'établissement dans le cas d'une opération collective facultative, informe, dans un délai d'un mois à compter de la décision de résiliation ou de non-renouvellement, les souscripteurs ou adhérents des conséquences de cette décision au regard de la majoration de cotisation.

La dénonciation ou le non-renouvellement de la convention prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de celle-ci.

3. L'apport du Centre de Gestion dans le cadre d'une procédure mutualisée

L'article 25 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 dispose que les Centres de Gestion peuvent conclure, pour le compte des collectivités et établissements de leur ressort qui le demandent, des conventions de participation pour la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Le Centre de Gestion met ainsi à disposition des collectivités et établissements de son ressort géographique :

- Son expertise technique pour la mise en œuvre d'une procédure complexe ;
- Sa capacité de mutualisation et de négociation :

- Plus le nombre d'agents concernés est important, plus les tarifs et les niveaux de garanties peuvent être intéressants. Des clauses spécifiques sont intégrées dans les conventions qu'il souscrit pour le compte des collectivités, prenant en compte cette capacité de mutualisation et prévoyant des aménagements de garanties
- Intégration des spécificités des « grands comptes ».
- Facilité du recensement de la population retraitée auprès de la CNRACL et de l'IRCANTEC.
- Préparation d'un plan de communication auprès des agents.
- Organisation de la portabilité de la garantie.

En amont de la procédure, chaque collectivité ou établissement intéressé lui donne mandat par délibération.

Le Centre de Gestion suit la procédure de convention de participation telle que décrite au 2.1

Des dispositions particulières sont mises en œuvre en matière de dialogue social :

- Le Comité Technique compétent sur le projet de dossier de mise en concurrence et le choix du candidat, est le Comité Technique placé auprès du Centre de Gestion ;
- Le Comité Technique consulté pour entrer dans le dispositif et déterminer les montants de participation, est le Comité Technique de chaque collectivité.

Il est également préconisé d'instituer une commission ad hoc réunissant les organisations syndicales représentatives du territoire sur le périmètre duquel est lancée la consultation pour recueillir leur avis sur les besoins des agents et les caractéristiques à introduire dans le cahier des charges de la consultation.

Enfin, des échanges réguliers doivent être prévus tout au long du processus pour alimenter le dialogue social.

3.1. Avantages / inconvénients et points de vigilance

Avantages	Inconvénients
Facilité de gestion : <ul style="list-style-type: none">• Paramétrage du SIRH• Suivi des agents (l'opérateur fournit annuellement une liste des agents bénéficiaires)	Démarches à faire par les agents pour résilier leur éventuel contrat précédent
Adhésion sans condition et sans questionnaire médical	Méconnaissance du nombre final d'adhérents (adhésion facultative) qui peut limiter la négociation sur le prix
Possibilité de confier la procédure au Centre de Gestion	Délais et technicité liés à la procédure
Véritable négociation sur le prix, les prestations et les services associés	

Points de vigilance :

- Nécessité de s'assurer de l'équilibre du contrat sur la durée de la convention, notamment lorsque les tarifs proposés sont très attractifs ;
- S'assurer également que l'opérateur ait une parfaite connaissance du statut de la fonction publique territoriale afin que l'offre émise soit complémentaire avec les dispositions de celui-ci ;
- L'employeur doit déterminer, après mise en œuvre du dialogue social, la procédure qu'il retient pour chacun des risques ; il ne peut accorder sa participation pour un même risque à la fois en labellisation et en convention de participation.

4. Cas particulier des transferts de personnels issus de la loi NOTRe (loi 2015-991 du 7 août 2015)

La loi NOTRe énonce dans son article 117 (codifié L. 5111-7 du Code Général des Collectivités Territoriales - CGCT) que les agents, s'ils y ont intérêt, continuent de bénéficier de la participation qui avait été mise en œuvre par leur ancien employeur.

En cas de convention de participation, il y a également substitution des droits et obligations. Cela pourra se traduire, pour le service RH de la nouvelle entité, par le fait de devoir verser des participations différentes selon la collectivité d'origine des agents.

On pourra également assister à la coexistence d'une procédure de labellisation et d'une convention de participation sur un même risque. Dans ce cas, la loi NOTRe déroge à l'article 4 du décret du 8 novembre 2011.

4.1. Que dit l'article L. 5111-7 du CGCT ?

Seuls les agents transférés dans le cadre de la coopération locale peuvent bénéficier de l'article L. 5111-7. Par exemple, sont exclus les agents transférés en cas de reprise d'une Délégation de Service Public (DSP) par une collectivité. La nouvelle collectivité devient titulaire du ou des contrats de la ou des collectivités d'origine des agents. Pour les agents, il y a donc maintien automatique des garanties.

En cas d'accord entre les parties, celles-ci peuvent modifier la date d'échéance de la convention. L'article demande l'accord de l'ancien employeur mais dans certains cas, celui-ci a disparu... Dans ce cas, l'accord entre le nouvel employeur et l'organisme peut suffire si la collectivité d'origine était le pouvoir adjudicateur.

L'article offre donc la possibilité d'une résiliation anticipée de la convention. Une délibération est obligatoire et un avis du Comité Technique semble incontournable pour le respect du parallélisme des formes.

Conclusion

Le dispositif de la PSC après ces quelques années d'existence va nécessairement faire l'objet d'ajustements. La Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP), s'agissant de l'Etat, a d'ailleurs en projet une circulaire précisant les nouvelles règles de participation des administrations à la PSC de ses fonctionnaires. Lequel Etat avait fait l'objet d'un décret sorti lui en septembre 2009.

Après la compilation des différentes composantes de la PSC, l'ANDCDG a souhaité être porteuse de quelques propositions d'accompagnement à l'évolution du dispositif applicable à la FPT.

- La PSC est un enjeu pour les collectivités locales. L'actuelle recomposition territoriale, qui se traduit notamment par une reconfiguration des intercommunalités et l'émergence de pôles territoriaux de grande taille en particulier en milieu urbain, va générer des transformations des organisations. La portabilité des contrats collectifs à adhésion facultative souscrits par les agents dans des structures aujourd'hui fusionnées et donc disparues met les responsables des nouveaux EPCI (c'est également le cas des communes nouvelles) dans l'obligation de gérer une forte hétérogénéité de situations. Bâtir une politique sociale homogène relève du casse-tête et le rôle d'ensemblier des centres de gestion mérite d'être souligné. Il peut se traduire par la relance d'une consultation pour la mise en œuvre d'une nouvelle convention de participation en santé comme en prévoyance. Une difficulté néanmoins : seules les collectivités ayant donné mandat pourront si elles le souhaitent, adhérer au contrat collectif. Ne pourrait-on pas imaginer de faire sauter ce verrou du mandat pour permettre une entrée à tout moment des collectivités (sur simple délibération) et de leurs agents qui le souhaitent au sein de vastes contrats mutualisés, la consultation initiale précisant, via les bilans sociaux consolidés, la typologie des personnels potentiellement « assurables » ? En quelque sorte, une transposition des accords de branche du privé.
- L'expérience des conventions de participation lancées par une trentaine de centres de gestion depuis 2011 permet d'envisager quelques ajustements dans la conduite des consultations. Il importe de bien respecter les critères de solidarité intergénérationnelle et de veiller à la bonne information des retraités dans les conventions de participation. Le partenariat des centres de gestion avec les caisses de retraite permettra un renforcement systématique du mode de diffusion de l'information.

- La PSC ne s'entend pas sans un dialogue social renforcé. Le dispositif législatif et réglementaire ne prévoit pas, dans le cadre des conventions de participation souscrites par les centres de gestion, en dehors de la saisine du CT rattaché au centre de gestion et des CT des collectivités ayant donné mandat, de commission ad hoc ayant voix consultative sur le contenu des cahiers des charges (niveaux des garanties, critères de sélection des opérateurs,...) et la délibération finale sur le choix des opérateurs. Il conviendrait de prévoir un amendement sur ce point.
- De nombreux rapprochements s'opèrent dans les dispositifs de prévention des risques professionnels entre les entreprises privées et les collectivités locales, de nombreux articles du code du travail s'appliquant désormais au monde territorial. Au 1^{er} janvier 2016, l'accord national interprofessionnel a rendu obligatoire la contribution des employeurs du privé aux contrats santé de leurs salariés à hauteur de 50 %. Pourquoi ne pas envisager une disposition de cette nature applicable aux employeurs publics et qualifiable d'ANI territoriale, telle que reprise dans les propositions de l'Entente* à la Ministre en charge de la fonction publique lors des discussions parlementaires pour l'élaboration de la loi NOTRe. Avec les points de vigilance qui s'imposent : le panier de soins minimal ne doit pas être réduit à la portion congrue impliquant de fait pour les agents le recours systématique à une « surcomplémentaire ».

Autant de points à mettre à l'agenda pour l'ANDCDG auprès des collectivités, des représentants des personnels, des institutions partenaires et des opérateurs.

* *L'Entente est une structure de collaboration informelle créée en décembre 2014 pour bénéficier de l'expertise mutualisée de cadres territoriaux soucieux de porter des actions et expressions communes dans le cadre des débats relatifs à la réforme territoriale et aux évolutions statutaires. Elle est constituée de l'Association des Administrateurs Territoriaux de France (AATF), de l'Association des Directeurs Généraux des Grandes Collectivités (ADGGC), de l'Association des Dirigeants Territoriaux et Anciens de l'INET (ADT Inet), de l'Association des Directeurs Généraux des Communautés de France (ADGCF), de l'Association des Ingénieurs Territoriaux de France (AITF), de l'Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Conseils Généraux (ANDASS) et du Syndicat National des Directeurs Généraux (SNDG).*



Association Nationale des Directeurs
et Directeurs-Adjoints des Centres De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale



La protection sociale complémentaire EN 8 QUESTIONS

La protection sociale complémentaire est une notion très large. Pour d'aucuns, cela évoquera le déficit de la sécurité sociale. Pour d'autres, un système de garanties sociales construit au siècle dernier et consolidé au gré des évolutions sociétales. Pour la fonction publique territoriale, le modèle est récent puisqu'associé aux dispositions des lois de février 2007 de modernisation de la fonction publique et de réforme de la fonction publique territoriale. Avec en filigrane l'idée d'un ajustement par rapport aux salariés du privé pour lesquels les dispositifs sont mis en œuvre depuis longtemps. J'ai la faiblesse de penser que la FNDCDG et l'ANDCDG n'ont pas été pour rien dans les préconisations devenues dispositions législatives. Le lien, entretenu quotidiennement avec les collectivités du ressort territorial des Centres de Gestion, a permis d'appréhender les réalités sociales des agents territoriaux et les contraintes des employeurs. C'est ainsi qu'est né le concept d'accompagnement social de l'emploi. Le principe de participation des employeurs publics et les modalités de mise en œuvre à travers les processus de labellisation et de conventions de participation s'est concrétisé avec le décret du 8 novembre 2011. Un bilan s'imposait. Plusieurs Centres de Gestion ont souhaité partager leurs compétences pour élaborer des fiches techniques, à l'usage des employeurs locaux, pour éclairer ce vaste concept de protection sociale complémentaire. Ce guide se veut pratique et vise une mise en perspective des enjeux. Il a été conçu comme une base de travail à partir de laquelle des ajustements textuels pourront être proposés après quelques années d'expérimentation.

www.andcdg.org / Contact

Secrétariat ANDCDG - 15, rue Boileau - 78008 VERSAILLES Cedex

e-mail : andcdg@cigversailles.fr - Téléphone : 01 39 49 63 10 - Fax : 01 39 49 63 13

EN PARTENARIAT AVEC :



Harmonie
mutuelle
En harmonie avec votre vie



Humanis
Protéger c'est s'engager



Intérieure
Mutuelle



MNT



mut'est
mutuellement votre