

# La Protection Sociale Complémentaire

## Mode d'emploi...

### TEXTES DE REFERENCE

- ♦ Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale
- ♦ Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents (JO 10/11)
- ♦ Arrêté du 8 novembre 2011 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal officiel de l'Union européenne pour le choix des organismes en cas de convention de participation (JO 10/11)
- ♦ Arrêté du 8 novembre 2011 relatif à la composition du dossier de demande d'habilitation des prestataires habilités à délivrer les labels pour les contrats et règlement ouvrant droit à participation à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique territoriale (JO 10/11)
- ♦ Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation (JO 10/11)
- ♦ Arrêté du 8 mars 2011 relatif aux majorations de cotisation prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 (JO 10/11)

### L'essentiel :

Actuellement, 40% des agents territoriaux bénéficient d'une garantie « maintien de salaire ». En parallèle, seulement une collectivité sur cinq participe à la protection sociale complémentaire de ses agents.

Sur la base de ce constat, et attendu depuis 2007, le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 (Journal Officiel du 10 novembre 2011) est venu mettre en place deux procédures permettant aux collectivités de participer à la protection sociale complémentaire de l'ensemble de leurs agents :

– soit une **convention de participation** conclue entre l'opérateur et la collectivité (ou le CDG) après mise en concurrence des offres ;

– soit un mécanisme de **labellisation** de contrats ou de règlements sous la responsabilité de prestataires habilités par une autorité de contrôle prudentiel.

Cette participation financière concerne à la fois des dispositifs de « complémentaire santé », mais également des garanties dites de « prévoyance », c'est à dire permettant de bénéficier du maintien de tout ou partie du traitement en cas d'arrêt maladie.

Quelle que soit la procédure choisie, l'offre, le contrat ou le règlement répond à des critères sociaux de solidarité.

La participation est versée soit directement à l'agent (montant unitaire), soit à l'organisme de protection sociale choisi. Dans tous les cas, la souscription à une protection sociale complémentaire ou à un mécanisme de participation est facultative tant pour les agents que pour les collectivités.

### Pour en savoir plus :

Sommaire :

- I – Les agents concernés par cette protection sociale complémentaire
  - II – Que faut-il comprendre par protection sociale complémentaire ?
  - III – Labellisation ou conventionnement
  - IV – Les modalités de versement de la participation de l'employeur
  - V – Le principe de solidarité
  - VI – Les délais de mise en œuvre de la protection sociale complémentaire
- Annexe : Schémas de mise en œuvre

## I – LES AGENTS CONCERNÉS PAR CETTE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Ce dispositif de protection sociale complémentaire concerne l'ensemble des employeurs territoriaux (Communes, établissements intercommunaux, CCAS, Régions, Départements,...).

Côté agents, peuvent bénéficier de cette protection sociale complémentaire :

- ↳ les agents fonctionnaires, titulaires et stagiaires ;
- ↳ les agents non-titulaires de droit public ;
- ↳ les agents non-titulaires de droit privé ;
- ↳ les agents retraités (uniquement pour la partie « santé »).

S'agissant des retraités, ils relèvent du contrat mis en œuvre par leur dernier employeur avant leur départ à la retraite. Leur caisse de retraite (CNRACL ou IRCANTEC) est chargée de les informer de l'existence de ce dispositif, et de leur possibilité d'y souscrire.

## II – QUE FAUT-IL COMPRENDRE PAR PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE ?

Sont éligibles les contrats ou règlements offrant des garanties de protection sociale complémentaire portant sur l'un, l'autre ou les deux volets suivants, au choix de la collectivité, puis des agents :

### **1° ) Un volet complémentaire santé ou « santé » :**

Selon le décret n° 2011-1474, ce volet vient répondre aux risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et aux risques liés à la maternité. Plus particulièrement, il s'agit là de permettre la prise en charge totale ou partielle des frais de soin de santé non-pris en charge par le régime général ou l'organisme de base de sécurité sociale (dépassements d'honoraires, frais médicaux non-pris en charge par la sécurité sociale (médicaments,...), frais d'hospitalisation, de prothèses (dentaires, optiques,...).

### **2° ) Un volet maintien de traitement ou « prévoyance » :**

Le volet prévoyance porte sur les risques d'incapacité de travail et sur tout ou partie des risques liés à l'invalidité et au décès. Plus particulièrement, la garantie prévoyance permet de bénéficier d'un maintien de salaire total ou partiel en cas d'arrêt maladie ou d'absence pour raison de santé.

Ainsi par exemple, après 3 mois en congé de maladie ordinaire, un fonctionnaire CNRACL ne se voit verser que 50% de son traitement indiciaire par son employeur : bénéficiaire d'une garantie prévoyance permet de compléter tout ou partie de ce demi-traitement non-versé par l'employeur. Le régime indemnitaire non-octroyé en raison de cette absence peut également être compensé, partiellement ou totalement.

Dans tous les cas, les employeurs territoriaux restent libres de participer ou non à l'un, à l'autre ou aux deux volets décrits ci-dessus (prévoyance et complémentaire santé). La mise en œuvre de la protection sociale complémentaire, si elle constitue une avancée importante pour les agents et un outil réel de dialogue social, est donc **facultative** pour les collectivités et établissements territoriaux.

En outre, si une collectivité décide de participer à cette protection sociale complémentaire, les agents et retraités, restent également libres, à titre individuel, de souscrire ou non aux garanties proposées. Chaque agent (ou retraité) est ainsi tout à fait libre d'adhérer ou non à l'un, l'autre ou les deux volets (complémentaire santé et prévoyance).

### III – LABELLISATION OU CONVENTIONNEMENT

Cette participation à la protection sociale complémentaire peut être accordée :

- ↳ soit au titre de contrats et règlements auxquels un label a été délivré,
- ↳ soit au titre d'une convention de participation.

Dans tous les cas, **ce choix relève de l'employeur, après avis du Comité Technique.**

#### 1° ) La labellisation :

Les organismes de protection sociale (mutuelles, compagnies d'assurance, institutions de prévoyance,...) souhaitant proposer des garanties aux employeurs et agents territoriaux doivent solliciter l'attribution d'un label auprès des organismes labellisateurs habilités à le faire par l'autorité de contrôle prudentiel. Le label est accordé pour une durée de 3 ans et fait, durant ce délai, l'objet de contrôles afin d'en vérifier le bon fonctionnement. Ce label repose sur des critères de solidarité.

Dans le cadre de la labellisation, le contrat labellisé est choisi **individuellement** par chaque agent : une fois que l'employeur a fait le choix de la labellisation, chacun de ses agents détermine individuellement les garanties labellisées souhaitées parmi l'ensemble des contrats labellisés disponibles sur le marché concurrentiel.

L'employeur participe alors financièrement aux frais résultant de la conclusion par l'agent de ces garanties de protection sociale complémentaire.

#### 2° ) Le conventionnement :

Outre la labellisation, les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent directement privilégier la conclusion d'une convention de participation avec un organisme de protection sociale (mutuelles, compagnies d'assurance, institutions de prévoyance,...). Ce conventionnement doit se faire après avis d'appel public à la concurrence, conformément aux règles applicables en matière de commande publique.

L'avis d'appel à concurrence doit alors préciser :

- ♦ Les modalités de présentation des offres de candidature, dont le délai de réception ne peut être inférieur à 45 jours à compter de la date de publication de l'avis d'appel à la concurrence ;
- ♦ Les niveaux minimaux de capacité demandés aux candidats et les renseignements à fournir à cet effet ;
- ♦ Les caractéristiques essentielles de la convention envisagée, notamment son objet, sa nature et les personnels intéressés ;
- ♦ Les critères de choix de la collectivité territoriale ou de l'établissement public.

En réponse, chaque candidat doit fournir à la collectivité territoriale ou à l'établissement public, dans le délai de 45 jours, une offre comportant, pour l'ensemble de la période où le contrat produira des effets, les éléments suivants :

- ♦ Les conditions générales d'adhésion ;
- ♦ Les prestations offertes ;
- ♦ Pour chacune des options, 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.

Après examen, notamment, des garanties professionnelles et financières présentées par les candidats, la collectivité territoriale fonde son choix, **par délibération, après avis du comité technique**, sur les principes de solidarité et sur divers critères dont le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ou encore la maîtrise financière du dispositif.

La convention de participation est conclue par la collectivité territoriale ou l'établissement public pour une **durée de six ans**. Elle peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an.

La collectivité ou l'établissement informe ses agents de la signature de cette convention, des caractéristiques du contrat ou du règlement au titre duquel elle est conclue ainsi que des modalités d'adhésion à celui-ci.

L'organisme produit à la collectivité ou à l'établissement public, au terme d'une période de trois ans et au terme de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées au vu des critères de solidarité. Si ces critères n'ont pas été satisfaits, la collectivité ou l'établissement dispose de la possibilité de résilier la convention.

L'augmentation des tarifs, en cours de contrat, n'est possible que dans les cas suivants et uniquement si le changement revêt un caractère significatif :

- ♦ Aggravation de la sinistralité ;
- ♦ Variation du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs ;
- ♦ Évolutions démographiques ;
- ♦ Modifications de la réglementation.

Si la collectivité constate que l'organisme choisi ne respecte plus ses obligations, elle peut dénoncer le contrat après avoir recueilli les observations écrites (et orales le cas échéant) de l'organisme de protection sociale. Il doit lui être indiqué qu'il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.

En cas de dénonciation, mais également en cas de non-renouvellement de la convention de participation, l'organisme (si labellisation), ou la collectivité (si conventionnement), 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 des cotisations. 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° ) Le rôle du Centre de Gestion :**

Le Centre de Gestion ne peut intervenir que dans le cadre de la mise en place d'une convention de participation (article 25, alinéa 6 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984) ; il ne peut intervenir si le choix effectué est celui de la labellisation.

A ce titre, le Centre de Gestion peut conclure pour le compte des collectivités et établissements qui le demandent des contrats-cadres permettant aux agents de bénéficier de prestations en matière de protection sociale complémentaire.

La Direction Générale des Collectivités Locales (DGCL – Ministère de l'Intérieur) appelle l'attention sur le fait qu'il faut que le Centre de Gestion ait été mandaté par les collectivités territoriales pour conclure avec l'opérateur, sinon le risque est qu'il se transforme en courtier.

Pour la Vienne, le conseil d'administration du Centre de Gestion a décidé la conclusion d'une convention de participation sur le volet « prévoyance ». En revanche, le CDG 86 n'intervient pas sur le volet « santé » auquel les employeurs peuvent recourir via la labellisation.

#### IV – MODALITÉS DE VERSEMENT DE LA PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR

La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics constitue une aide à la personne, sous forme d'un montant unitaire par agent, et vient en déduction de la cotisation ou de la prime due par les agents.

Cette **participation peut être modulée** dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.

La participation est versée soit directement aux agents, soit aux organismes qui la répercutent intégralement en déduction de la cotisation ou de la prime due par l'agent. Dans le cas où la participation est versée à l'organisme, celui-ci tient une comptabilité permettant de la retracer ; il produit annuellement les pièces justificatives nécessaires et fait apparaître sur les appels de cotisation ou de prime le montant total de la cotisation ou de la prime, ainsi que le montant de l'aide versée. Ces modalités sont vérifiées par les collectivités territoriales et leurs établissements publics dans le cas d'une convention de participation et par les prestataires habilités dans le cas de la délivrance d'un label.

Le montant de la participation ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime qui serait dû en l'absence d'aide. Dans le cas où elle est versée à un organisme, la participation ne peut excéder le montant unitaire de l'aide multiplié par le nombre d'agents bénéficiaires. La collectivité ou l'établissement réalise le versement au vu de la liste de ses agents qui lui est adressée par l'organisme au moins une fois par an.

#### V – LE PRINCIPE DE SOLIDARITÉ

##### 1° ) Sur le volet complémentaire santé :

Les garanties proposées pour le volet « santé » doivent respecter les contraintes suivantes :

- a) Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable, compte non tenu d'éventuelles pénalisations prévues au point ci-dessous ;
- b) Il ne peut être prévu d'âge maximal d'adhésion. Toutefois, la cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du présent décret (soit le 10/11/2011), lorsqu'elle intervient plus de deux ans après la date de publication de celui-ci. Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté (cf. arrêté du 08/11/2010 – JO 10/11). Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation employeur.

En outre, les contrats et règlements doivent prévoir que :

- a) Les cotisations ou les primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du souscripteur ou adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin (absence de **questionnaire médical**).
- b) Les garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) et respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code (modalités de prise en charge du forfait hospitalier, de certains dépassements d'honoraires,...) ;
- c) Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi du souscripteur ;

- d) Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction du sexe du souscripteur ;
- e) Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents ;
- f) Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.

## **2°) Sur le volet prévoyance :**

Les contrats et règlements faisant l'objet d'un conventionnement doivent obligatoirement répondre aux critères suivants :

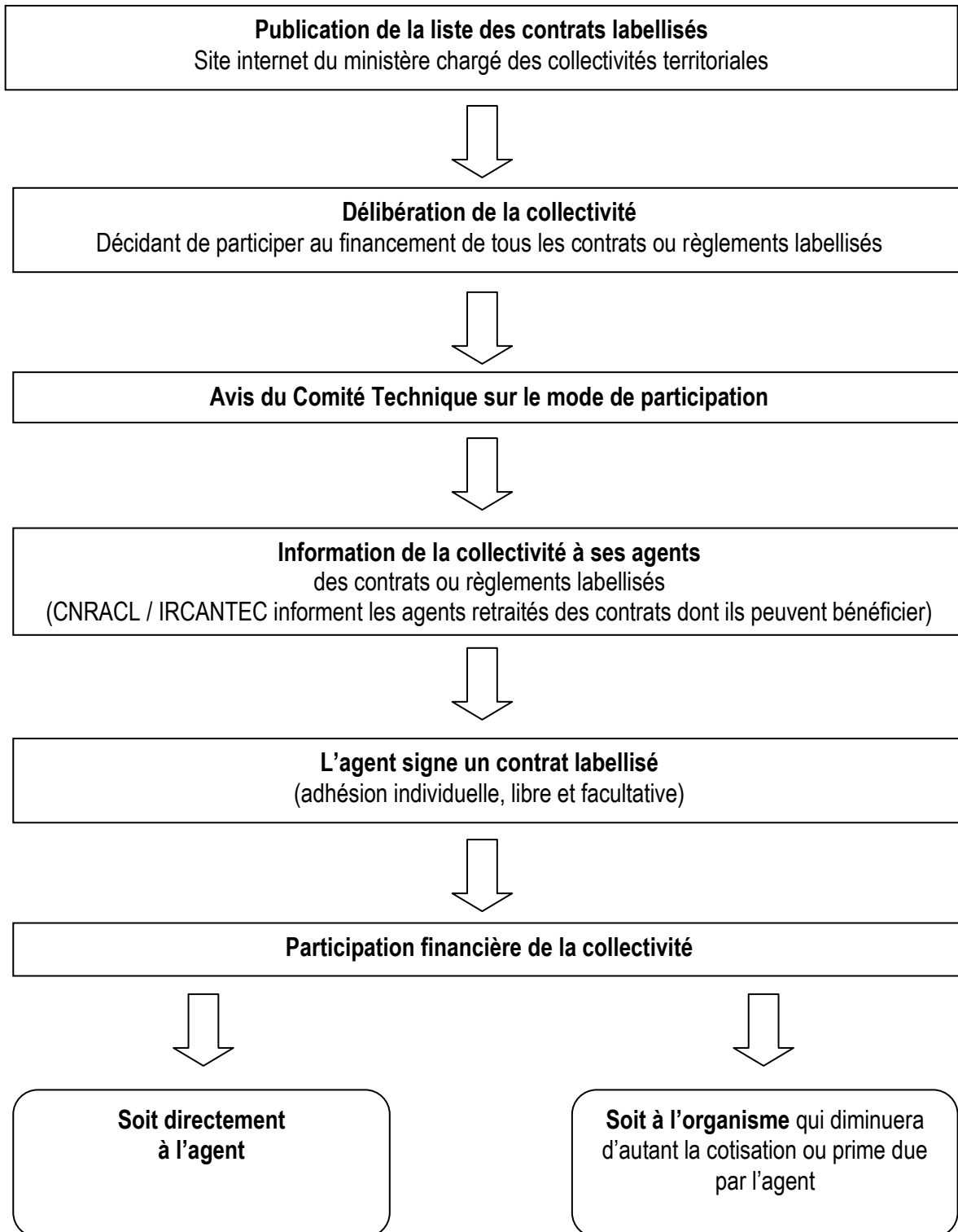
- ♦ La cotisation ou la prime doit être au même taux pour tous les agents affiliés. Elle doit être exprimée en pourcentage de la rémunération ;
- ♦ L'adhésion des agents au contrat ou au règlement ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé.
- ♦ Les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ou du règlement.
- ♦ 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.
- ♦ Les agents en arrêt de travail peuvent adhérer au contrat ou au règlement dans les conditions prévues par celui-ci.

A noter : Passé le délai de six mois suivant la date de prise d'effet du contrat ou du règlement, ou la date d'embauche, si l'adhésion au titre du contrat est acceptée, elle pourra, selon les cas, être subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical.

## ANNEXE – SCHÉMAS SIMPLIFIÉS DE MISE EN ŒUVRE

\*\*\*\*\*

### 1. En cas de participation aux contrats labellisés...



## 2. En cas de participation dans le cadre d'un conventionnement...

