DOCUMENT CONFIDENTIEL

Conseil d'administration FNCDG du 09 mars 2023

Mémo

Points d'accord intervenus au titre de la négociation collective nationale sur la protection sociale complémentaire dans la FPT

Dans le cadre des négociations en cours sur la réforme de la PSC dans le versant territorial de la fonction publique, **à la suite de la conclusion d'un accord de méthode, le 12 juillet dernier, entre la Coordination des employeurs territoriaux (CET) et 5 organisations syndicales représentatives**, les parties prenantes ont engagé des discussions structurées autour des **3 « piliers »** prévus par l'accord de méthode, à savoir :

1er pilier	Des dispositions nationales venant encadrer les pratiques contractuelles et les différents régimes de participation notamment au profit de la solidarité entre bénéficiaires
2ème pilier	Des garanties « socles » au bénéfice des agents qui constitueront le cadre des futures négociations locales
3ème pilier	Des dispositions en matière de pilotage et de portage social des dispositifs de participation

Au terme de négociations qui se sont échelonnées **depuis septembre 2022 jusqu'à janvier 2023, les partenaires sociaux ont pu mener à bien les discussions au titre du 1er pilier précité.**

Il en résulte les **points d'accord synthétisés ci-après**, qu'il revient à chaque partie engagée dans la négociation de soumettre à ses instances.

Axe 1 – Renforcer le cadre de labellisation pour garantir la mutualisation des risques quel que soit le type de contrat

Labellisation des contrats individuels au titre du risque Frais de santé

- **Réduire les écarts de cotisations en fonction de l'âge** en portant à 2 (contre 3 actuellement) le ratio maximal entre la cotisation hors participation due par l'adhérent de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par l'adhérent de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé, à charge de famille, catégorie statutaire et option de garanties identiques.

- **Encadrer les évolutions tarifaires en fonction de l'âge** en interdisant les augmentations tarifaires en fonction de l'âge à compter du départ en retraite d'agent.

Labellisation des contrats individuels au titre du risque Prévoyance

- **Aligner les conditions de solidarité des contrats individuels de Prévoyance labellisés sur les contrats collectifs** :
  - Tarification en pourcentage de la rémunération ;
  - Taux de cotisation identique quel que soit l'âge des agents pour un même niveau de couverture ;
  - Interdiction des conditions d'âge en matière d'adhésion des agents au contrat ou au règlement ;
  - Interdiction de toute condition à adhésion des agents au contrat ou au règlement fondée sur l'état de santé au travers de l'**interdiction du questionnaire médical pour l'adhésion et tout au long de la durée du contrat**.

Axe 2 – Limiter les barrières à l'entrée des contrats individuels et collectifs de prévoyance pour renforcer les solidarités entre agents

- Tant pour les contrats individuels labellisés que pour les conventions de participation, **interdire le questionnaire médical** tout au long de la durée du contrat, **ainsi que la mise en place d'une tarification différente en raison de l'état de santé**.

- Tant pour les contrats individuels labellisés que pour les contrats collectifs à adhésion facultative résultants de conventions de participation, **encadrer la pratique des délais de carence ou de stages en matière de prévoyance en limitant leur durée à 3 mois**.

- Tant pour les contrats individuels labellisés que pour les contrats collectifs à adhésion facultative résultant de conventions de participation**, interdire la proratisation de l'indemnisation en fonction de la durée d'adhésion**.

- **Supprimer la possibilité de majorer les cotisations pour adhésion tardives**.

- **Prévoir que :**

  - **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 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ;
  - **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 12 premiers mois qui suivent la date d'embauche ;
  - **les agents en arrêt de travail peuvent adhérer** au contrat dans les conditions prévues.

Axe 3 – Renforcer l'encadrement des évolutions tarifaires sur la durée des conventions de participation

- **Imposer un délai de prévenance minimal obligatoire de 6 mois avant l'échéance contractuelle en cas d'évolutions tarifaires**.

- **Préciser les modalités de résiliation et de préavis** des conventions de participation ainsi que des contrats d'assurances en mettant en place, pour l'organisme d'assurance et le souscripteur, **un délai de préavis minimal de 6 mois** pour la résiliation des conventions de participation et des contrats d'assurances inhérents, afin d'être en capacité de relancer une consultation le cas échéant.

- **Plafonner les possibilités d'évolutions tarifaires à une hausse annuelle maximale de cotisation de 15% en matière de prévoyance et de 10% en matière de santé.**

- **Recommander, dans une circulaire, l'inscription dans le cahier des charges des conventions de participation de clauses précisant les conditions (dérogatoires) de dépassement des limites tarifaires** (aggravation de la sinistralité, variation du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs et évolutions démographiques significatives).

Axe 4 – Reporting annuel obligatoire des organismes d'assurances au titre du pilotage des contrats

- **Instituer, pour les organismes d'assurances, une obligation règlementaire de transmissions des comptes de résultats des contrats complémentaires de prévoyance et de frais de santé de l'année N-1 avant le 30/06 de l'année N pour les contrats complémentaires de frais de santé et avant le 31/08 de l'année N pour les contrats complémentaires de prévoyance**. Le niveau de reporting attendu pourrait être normé *à minima* par le cadre réglementaire.

Axe 5 – Fixer un cadre règlementaire de provisionnement des risques en matière de Prévoyance complémentaire

- **Élaborer des lois de maintien et des tables de mortalité** à construire sur mesure pour une parfaite adéquation avec les spécificités du statut de la fonction publique territoriale et une uniformisation des pratiques du marché en la matière.

- **Imposer à tous les organismes d'assurances l'utilisation de ces lois de maintien pour le calcul des provisions mathématiques**, à l'image du cadre applicable dans le secteur privé en cas d'incapacité et d'invalidité.

- **Définir règlementairement les obligations de provisionnement par les organismes d'assurances** sur le modèle de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31/12/1989 dite loi Évin.

Axe 6 – Encadrer les pratiques d'indemnisation en matière de Prévoyance

Successions de contrats et changements d'organismes

- **Préciser le cadre applicable en matière d'indemnisation des rechutes selon le cas de figure**

Contrat collectif (à adhésion facultative ou obligatoire) succédant à un contrat individuel	L'organisme retenu à l'issue de la mise en concurrence devra prendre en charge toute rechute d'un arrêt de travail survenu avant la prise d'effet du contrat collectif lorsque l'agent concerné était assuré au moment de l'arrêt de travail initial dans le cadre d'un contrat d'assurance individuelle et ce même si cet arrêt de travail initial a été indemnisé par le précédent organisme d'assurance. Il en est de même lorsque l'agent n'était pas assuré précédemment.
Succession de contrats collectifs (à adhésion facultative ou obligatoire)	L'organisme titulaire du contrat arrivé à échéance est tenu de prendre en charge toute rechute survenue après l'échéance du contrat collectif précédent lorsqu'il est démontré par une expertise médicale ou judiciaire que l'arrêt de travail survenu après l'échéance du contrat précédent résulte du même fait générateur qu'un arrêt de travail survenu avant cette échéance et dès lors que cet arrêt a donné lieu à indemnisation dans les conditions de prise en charge contractuelles du contrat échu.
Succession de contrats individuels	L'organisme d'assurance dont le contrat est en cours d'exécution est tenu de prendre en charge l'indemnisation de l'agent à la date de l'arrêt de travail, y compris s'il s'agit d'un arrêt de travail résultant d'une rechute d'une pathologie survenue sous l'empire d'un contrat individuel antérieur.

- **Déterminer la notion de rechute sur les plans médicaux et juridiques**. La rechute doit être caractérisée par une expertise médicalement constatée par le médecin traitant de l'agent ou le conseil médical.

- **Préciser la cadre applicable en cas d'expertises médicales divergentes.** En cas de refus de prise en charge par les deux organismes d'assurances, l'organisme d'assurance dont le contrat collectif est en cours d'exécution devra indemniser immédiatement l'agent dans l'attente des résultats des expertises médicales et/ou judiciaires permettant de déterminer le fait générateur de l'arrêt de travail. En cas de décision ultérieure qui serait favorable à l'organisme d'assurance dont le contrat collectif est en cours d'exécution, l'organisme d'assurance du contrat résilié devra lui rembourser les prestations versées à l'agent, à hauteur des prestations dues contractuellement par l'organisme d'assurance résilié.

- **Préciser le cadre applicable en matière d'indemnisation des passages en Longue Maladie ou Longue Durée à effet rétroactif selon le cas de figure**

Contrat collectif (à adhésion facultative ou obligatoire) succédant à un contrat individuel	Les arrêts de travail de CLM ou de CLD à effet rétroactif survenu avant la date d'effet du contrat collectif ne pourront faire l'objet d'une indemnisation par l'organisme d'assurance retenu à l'issue de la mise en concurrence lorsque l'agent concerné était assuré au moment de l'arrêt de travail initial dans le cadre d'un contrat d'assurance individuelle. Il en est de même lorsque l'agent n'était pas assuré précédemment.
Succession de contrats collectifs (à adhésion facultative ou obligatoire)	L'organisme d'assurance titulaire du contrat arrivé à échéance – qu'il s'agisse de l'échéance prévue au contrat ou d'une échéance anticipée (du fait d'une résiliation) – est tenu de prendre en charge tout arrêt de travail de CLM ou de CLD à effet rétroactif survenu après l'échéance du contrat collectif dès lors que cet arrêt a donné lieu à indemnisation dans les conditions de prise en charge contractuelles du contrat échu.

Conditions d'indemnisation des arrêts de travail

- **S'agissant des arrêts d'indemnisation des agents en fin de droits statutaires dans l'attente d'une décision du conseil médical, reprendre, dans le décret de 2011, les dispositions de l'article 3 du décret du 20 avril 2022** qui prévoient que les garanties s'appliquent y compris « *en cas de mise en disponibilité d'office ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical* […] ».

- Face au refus d'assureurs d'indemniser l'agent, lorsque celui-ci déclare, dans le cadre d'une attestation ou d'un questionnaire médical, que l'arrêt de travail entraînant un passage à demi-traitement correspond à des problèmes de santé similaires survenus précédemment, **rendre l'indemnisation obligatoire par l'organisme d'assurance des arrêts de travail initiaux conformément au cycle statutaire**.

- **Interdiction de soumettre l'indemnisation des agents adhérents à un questionnaire médical**, aussi bien dans le cadre des contrats individuels labellisés que de celui des contrats collectifs.

- **Interdire, par l'introduction d'une disposition réglementaire, la suspension des prestations versées aux agents en cas de conclusions d'un contrôle médical divergentes avec l'avis du comité médical** et supprimer donc l'opposabilité d'un contrôle diligenté par l'organisme d'assurance.

Prise en charge et modalités d'indemnisation des sinistres de prévoyance en fonction de leur date de survenance

- Concernant l'indemnisation des sinistres nés avant la résiliation d'un contrat, ainsi que la revalorisation des rentes en cours de service à la date de résiliation du contrat d'assurance, **étendre le champ d'application des dispositions issues de l'article 7 la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, appelée communément « loi Évin », à tous les contrats collectifs issus de conventions de participation**

Reprise du passif en cours pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire

- S'agissant d'une première mise en place de contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire dans les collectivités territoriales, et afin de ne pas alourdir très significativement la charge de sinistres, et par la même la cotisation du contrat, **prévoir une disposition transitoire précisant que seuls les sinistres nés à compter de la date d'effet du premier contrat collectif à adhésion obligatoire seront pris en charge par l'organisme d'assurance**.

- **Créer une dérogation au caractère obligatoire d'adhésion aux contrats collectifs de prévoyance complémentaire pour les agents en situation d'arrêt de travail** à la date de mise en place du premier contrat collectif à adhésion obligatoire **au profit d'un régime transitoire** : ces agents pourront bénéficier de la participation employeur soit pour poursuivre leur adhésion à leur éventuel contrat individuel labellisé de prévoyance complémentaire jusqu'à leur adhésion effective au contrat collectif de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire, soit adhérer à une option du contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire visant à reprendre le passif.

Axe 7 – Renforcer la vérification des critères de labellisation des contrats individuels au titre des risques Prévoyance et Santé

- **Établir un contrôle périodique du respect des critères de solidarité** par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et Règlementaire (ACPR).

- **Obliger les organismes d'assurances à communiquer les évolutions tarifaires annuelles** des contrats labellisés aux agents en respectant un **délai de prévenance de 4 mois minimum**.

- **Obliger les organismes d'assurances à communiquer annuellement de façon transparente le détail des frais de chargement, ainsi que le ratio d'équilibre net de taxes et de frais de chargement des contrats labellisés pour chacun des risques (rapport prestations / cotisations)** [*transmission de ces informations à la DGCL pour publication annuelle*].

Axe 8 – Préciser l'éligibilité ou la non-éligibilité de différentes catégories d'agents

- **Préciser l'éligibilité des différentes catégories d'agents.** Seraient visés ici les agents titulaires, stagiaires et contractuels y compris les agents bénéficiant de contrats aidés. S'agissant des agents contractuels, l'employeur aurait l'obligation de leur proposer le bénéfice du contrat et de la participation associée de l'employeur à compter d'une durée maximale constatée de 6 mois de présence effective (constatée sur une durée globale d'un an) dans la collectivité ou dès l'arrivée dans la collectivité dès lors que la durée du contrat liant l'agent à la collectivité est supérieure ou égale à 6 mois. Ces durées pourront être réduites par la négociation collective au niveau local.

Axe 9 – Donner plus de souplesse à la négociation collective locale pour fixer les critères de modulation de la participation

- **Prévoir la faculté, dans le cadre des accords locaux, pour les collectivités territoriales qui le souhaiteraient, de tenir compte de l'indice ou, plus largement, de la rémunération et des éléments concourant à sa détermination pour moduler leur participation.**

- **Prévoir la faculté, dans le cadre des accords locaux, pour les collectivités territoriales de déterminer le niveau de participation en pourcentage des cotisations** (avec la possibilité d'une dégressivité / progressivité de celui-ci).

Axe 10 – Préciser les dispenses d'adhésion possibles, de droit ou relevant de la négociation collective

- **Introduire les facultés de dispenses « de droit » suivantes :**
  - Les agents en CDD qui justifient bénéficier d'une couverture santé « responsable » ;

- Les agents qui bénéficient, par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire d'un dispositif de protection social complémentaire selon une liste limitative ;
- Les agents bénéficiant d'une couverture santé individuelle au moment de la mise en place ou de l'embauche si elle est postérieure, jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- Les agents bénéficiant à l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place du régime, ou à la date de prise d'effet jusqu'au terme de l'attribution de ces aides, de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

▶ **Introduire des facultés de dispenses facultatives relevant de la négociation collective** : agents et apprentis bénéficiaires d'un CDD ; agents bénéficiant d'une couverture souscrite par ailleurs ; agents à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

▶ **Mesures transitoires pour les contrats collectifs de prévoyance à adhésion obligatoire :** adhésion exclusivement des agents en activité à la date de mise en place d'un premier contrat collectif à adhésion obligatoire (*cf. reprise du passif en cours*) et **possibilité de couverture des agents en arrêts de travail selon des modalités transitoires** (contrat spécifique de reprise du passif en cours ou maintien du versement de la participation de l'employeur).

Axe 11 – Préciser le cadre juridique, fiscal et social de la participation de l'employeur aux contrats collectifs à adhésion obligatoire

▶ Pour les contrats de frais de santé à adhésion obligatoire, **déterminer précisément les conditions d'exonération sociale des cotisations employeur au regard du caractère obligatoire de l'adhésion de l'agent et/ou de l'agent et de sa famille.**

▶ **Préciser les dérogations d'adhésion des familles, pour sécuriser juridiquement les dispositifs selon les modalités suivantes :**

- **Facultés de dispense « de droit » des ayants-droits :** par exception, et sur demande écrite de l'agent, ses ayants droit pourront être dispensés d'affiliation s'ils relèvent déjà de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire limitativement énumérés ;

- **Facultés de dispenses des ayants-droits facultatives relevant de la négociation collective :** agents bénéficiant de la CMU-C ; de l'ACS ; d'une couverture santé individuelle au moment de la mise en place du présent régime ou de l'embauche de l'agent si elle est postérieure, jusqu'à l'échéance du contrat individuel ; d'une couverture collective obligatoire, pour les mêmes risques, relevant de l'ENIM ou de la CPRPSNCF.

▶ **Définir le traitement social et fiscal des contributions employeurs aux régimes de prévoyance et de frais de santé :**

- **Contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire, résultant de conventions de participation :** alignement du traitement social et du régime fiscal sur ceux du secteur privé. Assujettissement dès le premier euro à la CSG et à la CRDS sans abattement ;

- **Contrats individuels labellisés :** le caractère collectif ne peut être considéré comme respecté dans la mesure où la pluralité de contrats induit de fait une différenciation entre les prestations.