DOCUMENT CONFIDENTIEL

Négociation collective nationale relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique territoriale

1er pilier : des dispositions nationales venant encadrer les pratiques contractuelles et les différents régimes de participation au profit de la solidarité entre bénéficiaires

1ère consolidation des éléments soumis à validation
au 10 janvier 2023

Avec intégration, sans mise en exergue,
des modifications intervenues au cours des négociations

PROJET

DOCUMENT CONFIDENTIEL

SOMMAIRE

Encadrer les pratiques et définir des mécanismes de solidarité

Axe 1 – Renforcer le cadre de labellisation 3

Axe 2 – Limiter les barrières à l'entrée des contrats de prévoyance 5

Axe 3 – Renforcer l'encadrement des évolutions tarifaires sur la durée des conventions de participation 6

Axe 4 – Introduire un reporting annuel obligatoire des organismes d'assurances 7

Axe 5 – Fixer un cadre règlementaire de provisionnement des risques en matière de Prévoyance complémentaire 8

Axe 6 – Encadrer les pratiques d'indemnisation en matière de Prévoyance 9

Définir l'encadrement des différents régimes de participation et les modalités de financement et d'adhésion

Axe 7 – Renforcer la vérification des critères de labellisation 14

Axe 8 – Préciser l'éligibilité ou la non éligibilité de différentes catégories d'agents 14

Axe 9 – Donner plus de souplesse à l'employeur pour fixer les critères de modulation de la participation 15

Axe 10 – Préciser les dispenses d'adhésion possibles, de droit ou relevant de la négociation collective 16

Axe 11 – Préciser le cadre juridique, fiscal et social de la participation de l'employeur aux contrats collectifs à adhésion obligatoire 18

PROJET

Encadrer les pratiques et définir des mécanismes de solidarité

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

Actuellement, les contrats individuels labellisés couvrant le risque Frais de santé proposent des tarifs qui évoluent en fonction de l'âge, comme le prévoie l'article 28 du décret 2011-1474 du 08/11/2011 qui dispose que :

« *1°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 (…).* »

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

1) **Réduire les écarts de cotisations en fonction de l'âge** dans les contrats labellisés au titre du risque Frais de santé, en modifiant les termes de l'article 28 du décret 2011-1474 du 08/11/2011 tel que : « *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 deux (2), à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable (…)* »

2) **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

Les contrats individuels labellisés peuvent soumettre l'adhésion des agents à un questionnaire médical, ou imposer une limite d'âge à l'adhésion.

À ce titre, le Rapport commun de l'IGF, de l'IGA et de l'IGAS relatif à la protection sociale complémentaire des agents publics paru en juin 2019 préconisait :

« *La mission recommande de renforcer, à travers une modification du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, les exigences liées à l'obtention du label ouvrant droit à une participation financière des employeurs territoriaux.* (…).

PROJET

A minima, l'encadrement des offres labellisées devrait être identique à celui des offres sélectionnées dans le cadre des conventions de participation, tel que défini par l'article 31 du décret de 2011. » (Rapport pg 59/275).

Pour mémoire, l'article 31 du décret 2011-1474 du 08/11/2011 dispose :

« *Les contrats et règlements faisant l'objet d'une opération collective facultative répondent aux critères suivants :*

*1° **La cotisation ou la prime doit être au même taux pour tous les agents affiliés**. Elle doit être exprimée en pourcentage de la rémunération ;*

*2° **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.* »

<u>Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :</u>

Alignement des conditions de solidarité des contrats individuels de Prévoyance labellisés sur les contrats collectifs :

1) Tarification en pourcentage de la rémunération ;
2) Taux de cotisations identiques quel que soit l'âge des agents pour un même niveau de couverture ;
3) Adhésion des agents au contrat ou au règlement ne pouvant être conditionnée par leur âge : **Suppression des limites d'âge** pour l'adhésion et tout au long de la durée du contrat. Dans cet esprit, le code du travail, en son article L. 1132-1, interdit toute « *mesure discriminatoire, directe ou indirecte* » fondée sur un critère d'âge. Dès lors, un système de garanties ne peut exclure des salariés sur le seul fondement d'un critère d'âge, ni, pour un régime de prévoyance, moduler le niveau des prestations ou des garanties en fonction de l'âge.
4) Adhésion des agents au contrat ou au règlement ne pouvant être conditionnée par leur état de santé : **Interdiction du questionnaire médical pour l'adhésion et tout au long de la durée du contrat**.

PROJET

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

Risque Prévoyance - Convention de participation

L'article 31 du décret 2011-1474 du 08/11/2011 prévoie la faculté pour les organismes d'assurances de refuser l'adhésion des agents ou, si l'adhésion est acceptée, d'appliquer une tarification différente fondée sur un questionnaire médical, tel que :

« (…) 2° (…) *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.*

Passé ce 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 ou du règlement est acceptée, elle pourra être subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical.*** »

Risque Prévoyance - Labellisation et Convention de participation

Afin de ne pas soumettre l'adhésion des agents à un questionnaire médical, notamment parce que cela entraîne *de facto* l'application d'un niveau de taxation supérieur au titre de la garantie « Incapacité Temporaire de Travail » (14% de taxes contre 7% lorsque l'adhésion n'est pas soumise à questionnaire médical), les organismes d'assurances mettent souvent en place des délais de carence ou de stage d'une durée variable constatée qui vont de 6 à 12 mois, ou encore de proratisent la durée d'indemnisation en fonction de la durée d'adhésion, une fois passé le délai de six mois prévu par l'article 31 du décret du 08/11/2011.

<u>Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :</u>

1) 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.
2) 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 : durée limitée à 3 mois maximum.
3) 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.
4) Supprimer la possibilité de majorer les cotisations pour adhésion tardives prévue par le deuxième alinéa de l'article 28 du décret n° 2011-1474 du 08/11/2011.

5) Modifier l'article 31 du décret 2011-1474 du 08/11/2011 pour 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 douze 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 douze 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.*

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

Afin de mieux encadrer les pratiques d'évolutions tarifaires des organismes d'assurances, il pourrait être envisagé de fixer un cadre précis et borné pour les critères d'encadrement figurant à l'article 20 du décret 2011-1474 du 08/11/2011.

Le respect de ces critères devrait être engageant pour l'organisme d'assurance et ainsi, le non-respect de ces critères par l'organisme d'assurance devrait faire l'objet de pénalités.

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

1) Imposer un délai de prévenance minimal obligatoire de 6 mois avant l'échéance contractuelle en cas d'évolutions tarifaires.
2) Préciser les modalités de résiliation et le préavis de résiliation des conventions de participation ainsi que des contrats d'assurances : Mettre en place, pour l'organisme d'assurance et le souscripteur, un délai de préavis minimal de 6 mois pour la résiliation des conventions de participations et des contrats d'assurances inhérents, afin d'être en capacité de relancer une consultation en cas de besoin.
3) 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 ;
4) Recommander dans la circulaire, l'inscription dans le cahier des charges de clauses précisant les items de l'article 20 du décret 2011-1474 du 08/11/2011, comme dans l'exemple ci-dessous :

« *Le dépassement des limites tarifaires prévues à l'article 17 n'est possible que dans les cas suivants :*

1° Aggravation de la sinistralité : On entend par caractère significatif de l'aggravation de la sinistralité une hausse du rapport Prestations / Cotisations supérieur ou égal à 7 % par rapport à la moyenne constatée sur les deux exercices précédents d'exécution du contrat. Dans le cadre des renouvellements de convention de participation, les deux derniers rapports Prestations/Cotisations connu et joint au cahier des charges servira de base de comparaison pour l'évaluation de l'évolution de la sinistralité.

PROJET

2° Variation du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs : On entend par caractère significatif une baisse ou une hausse de 10 % du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs par rapport au nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs au 31/12 de l'année précédente ;

3° Évolutions démographiques : On entend par caractère significatif une hausse de la moyenne d'âge des agents adhérents supérieure à 3 ans par rapport à la moyenne d'âge des agents adhérents au cours de l'exercice précédent. »

Axe 4 – Reporting annuel obligatoire des organismes d'assurances

Constats :

Les collectivités territoriales et les agents voient régulièrement les cotisations des contrats de prévoyance et de frais de santé faire l'objet de hausses tarifaires, souvent annoncées tardivement.

Afin d'anticiper les dérives et de permettre un réel pilotage paritaire des contrats de prévoyance et de frais de santé, il apparaît nécessaire de disposer d'un reporting régulier et proactif.

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

Il conviendrait d'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, afin de permettre aux employeurs et aux organisations syndicales signataires des accords de mieux piloter leurs contrats dans une logique paritaire, d'anticiper les éventuelles dérives de sinistralité, ainsi que les éventuelles demandes de hausses tarifaires, ou risque de résiliation.

Le niveau de reporting attendu pourrait être normé *à minima* par le cadre réglementaire, tel que :

Dans le cadre de la transmission des comptes de résultats, les organismes d'assurances devront à minima fournir les informations suivantes :

- Risque concerné.
- Date d'arrêté des comptes de résultats.
- Nombre d'agents ou de retraités adhérents (et de bénéficiaires, conjoints et enfants, pour le risque Santé) par garanties, options.
- Âge moyen des agents adhérents et des bénéficiaires par garanties, options.
- Détail des taxes ventilées par type de taxe et en précisant le % et l'assiette de chaque taxe.
- Frais de chargement.
- Cotisations nettes de taxes et de frais.
- Prestations payées par risque, garanties ou options

PROJET

- Provisions constituées par risque, garanties ou options et, pour le risque santé, % de provisions pour sinistres à payer (PSAP) par rapport aux prestations réellement versées sur l'exercice.
- En prévoyance : liste des sinistres provisionnés détaillant à minima l'âge de l'agent, la date de survenance, le type de risque (CMO, CLM, CLD, invalidité), le traitement de référence, le montant provisionné.
- Le résultat du contrat.
- Le ratio Prestations/Cotisations.

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

Constats :

- Le poids des provisions mathématiques, représentant l'engagement financier de l'organisme d'assurance au titre des sinistres toujours en cours à la date de clôture des comptes, est très significatif dans les comptes de résultats des contrats complémentaires de prévoyance.
- La méthodologie et les bases de calculs des provisions mathématiques diffèrent d'un organisme d'assurance à l'autre en l'absence de tables de mortalités et de lois de maintiens adaptées aux spécificités du statut de la fonction publique territoriale.

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

1) 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.
2) Imposer à tous les organismes d'assurances l'utilisation de ces lois de maintien pour le calcul des provisions mathématiques.

   A titre de comparaison, dans le secteur privé, les lois produites par le BCAC sont utilisées pour le provisionnement des prestations servies en cas d'incapacité et d'invalidité. L'utilisation de ces tables réglementaires nécessaires pour le provisionnement des risques Incapacité et Invalidité est encadrée par l'art. 143-12 du règlement ANC n° 2015-11.

3) 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.

En effet, l'article 7 de la loi Évin, complété par la loi du 8 août 1994 prévoit que :

« *Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son*

exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

L'engagement doit être couvert à tout moment, pour tous les contrats ou conventions souscrits, par des provisions représentées par des actifs équivalents ».

L'article 7 de la loi Évin garantit donc :

1) Un droit au maintien des prestations nées ou acquises durant la période de validité du contrat d'assurance résilié ;
2) Un droit à la revalorisation des prestations versées.

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

Constats :

S'agissant des contrats de Prévoyance complémentaire et notamment suite à un changement d'organisme d'assurance, diverses pratiques aboutissant *in fine* à des refus d'indemnisation des agents dans certaines situations se sont faites jour ces dernières années, en l'absence de règles juridiques claires.

Il conviendrait donc d'encadrer règlementairement les pratiques d'indemnisation, *a minima* dans les situations identifiées ci-après :

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

1) **Indemnisation des rechutes :**

Quel organisme d'assurance doit prendre en charge l'indemnisation de l'agent à l'occasion d'une rechute dans les cas de figures suivants ?

a) **Contrat collectif (à adhésion facultative ou obligatoire) succédant à un contrat individuel :**

L'organisme d'assurance 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.

PROJET

b) Succession de contrats collectifs (à adhésion facultative ou obligatoire) :

L'organisme d'assurance 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.

c) 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

2) Détermination de 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.

3) Indemnisation des agents dans le cadre d'expertises médicales divergentes

Il arrive régulièrement que deux organismes d'assurances qui se succèdent refusent d'indemniser les agents en raison de désaccords sur la notion de rechute, au motif d'expertises médicales ou judiciaires 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.

4) Indemnisation des passages en Longue Maladie ou Longue Durée à effet rétroactif :

Quel organisme d'assurance doit prendre en charge l'indemnisation de l'agent à l'occasion d'une rechute dans les cas de figures suivants :

PROJET

a) Contrat collectif (à adhésion facultative ou obligatoire) succédant à un contrat individuel :

Les arrêts de travail de Congé Longue Maladie ou de Congé Longue Durée 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

b) 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 Congé Longue Maladie ou de Congé Longue Durée 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.

5) Arrêt de l'indemnisation des agents en fin de droits statutaires dans l'attente d'une décision du conseil médical :

Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 précise dans son article 3 :

« *Pour le risque d'incapacité temporaire de travail, les garanties minimales applicables aux fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales comprennent les prestations suivantes :*

[…]

2° *Indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur,* ***en cas de mise en disponibilité d'office ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical prévus aux articles 17 et 37 du décret du 30 juillet 1987 susvisé, sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires mentionnés au dernier alinéa du présent I en cas de placement rétroactif dans une autre position statutaire****.* »

<u>Evolution ayant fait l'objet d'un accord :</u>

Pour une meilleure sécurisation juridique, cette disposition pourrait être reprise dans le cadre du décret visant à réformer le décret n° 2011-1474 du 08/11/2011.

PROJET

1) **Envoi d'une attestation médicale** par l'organisme d'assurance à l'agent pour tout arrêt de travail entraînant un passage à demi-traitement, **et préalablement à l'indemnisation** :

   En cas de déclaration par l'agent de problèmes de santé similaires survenus précédemment, et bien qu'il s'agisse d'un nouvel arrêt de travail (arrêt initial) et non d'une prolongation ou d'une rechute, l'organisme d'assurance refuse d'indemniser l'agent.

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

a) Rendre l'indemnisation obligatoire par l'organisme d'assurance des arrêts de travail initiaux conformément au cycle statutaire.
b) Pour les contrats individuels labellisés et pour les contrats collectifs : interdiction de soumettre l'indemnisation des agents adhérents à un questionnaire médical.

2) **Contrôle médical au cours d'un arrêt de travail indemnisé** : En fonction des conclusions du médecin expert diligenté par l'organisme d'assurance, et indépendamment des décisions du comité médical, l'organisme d'assurance peut être amené à suspendre l'indemnisation de l'agent.

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

Rédaction d'une disposition règlementaire visant à interdire la suspension des prestations versées aux agents en cas de conclusions d'un contrôle médical divergentes avec l'avis du comité médical et supprimant donc l'opposabilité d'un tel contrôle :

« *Aucun contrôle médical qui serait diligenté par l'organisme d'assurance et dont les conclusions seraient contraires à celles du conseil médical ne saurait fonder une quelconque suspension des indemnités journalières complémentaires des agents concernés.* »

OU, plus simplement encore :

« *En présence d'un avis du conseil médical, les conclusions d'un contrôle médical diligenté par l'organisme d'assurance ne peuvent être opposés à l'agent concerné.* »

Pour pallier les difficultés présentées ci-avant, une proposition d'évolution règlementaire *ad hoc* pourrait être rédigée afin d'encadrer précisément la prise en charge et les modalités de l'indemnisation des sinistres de prévoyance, **en fonction de la date de survenance de ceux-ci**.

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, il serait opportun de formuler une proposition visant à 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 participations.

PROJET

Reprise du passif en cours dans le cadre des contrats collectifs à adhésion obligatoire

Les articles 2 et 7 de la loi Évin du 31/12/1989 précisent le cadre des « encours », afin que les salariés qui perçoivent des indemnités journalières ou une pension d'invalidité ne soient pas exclues des contrats collectifs d'assurances.

Ces dispositions d'ordre public s'imposent aux organismes d'assurance, ainsi qu'aux employeurs qui mettent en place des contrats collectifs de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire.

Ainsi, il n'est pas possible d'exclure une personne d'un contrat collectif de prévoyance, pour raison de santé, les « encours » devant toujours être couverts.

C'est pourquoi, lors de la souscription d'un contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire, tous les arrêts de travail doivent être constatés et mentionnés lors de la mise en place du contrat.

Evolution ayant fait l'objet d'un accord :

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, il conviendrait de 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.

Les dispositions des articles 2 et 7 de la loi Évin trouveraient donc à s'appliquer pour les seuls agents en activité à la date de mise en place d'un premier contrat collectif à adhésion obligatoire.

Il conviendrait également de 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.

Mesure transitoire relative au versement de la participation employeur aux agents en arrêt de travail à la date de mise en place du contrat collectif de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire

Les agents en situation d'arrêt de travail à la date de mise en place d'un contrat collectif de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire et qui ne pourraient de ce fait adhérer au contrat avant une reprise effective du travail de 30 jours continus, 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 ad hoc du contrat collectif de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire visant à reprendre le passif en cours.

PROJET

Définir l'encadrement des différents régimes de participation et les modalités de financement et d'adhésion

Axe 7 – Renforcer la vérification des critères de labellisation

Labellisation des contrats individuels au titre des risques Prévoyance et Santé

L'article 13 du décret n°2011-1474 du 08/11/2011 précise la durée de validité des labels accordés aux contrats et règlements, ainsi que les conditions de vérification de la conformité des éventuelles modifications apportées aux contrats durant la période de validité, tels que :

« *Le label est accordé aux contrats et règlements pour une* ***durée de trois ans****.*
[…]
Les modifications des contrats et règlements intervenant au cours de cette période sont transmises au prestataire habilité qui vérifie que les conditions de délivrance du label sont toujours satisfaites. »

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

1) Établir un contrôle périodique du respect des critères de solidarité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et Règlementaire (ACPR).
2) 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.
3) 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 direction générale des collectivités locales (DGCL) pour publication annuelle.
4) Collecte de ces informations par la DGCL afin de disposer d'une vision consolidée des contrats proposés et des dynamiques de portefeuille.

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

L'article 1 du décret n° 2011-1474 du 08/11/2011 stipule :

« *La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics 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.* »

PROJET

La circulaire n°RDFB1220789C du 25 mai 2012 traite une partie des cas rencontrés, tels que les fonctionnaires des OPH, ainsi que les agents de droit privé des OPH, les fonctionnaires détachés, les fonctionnaires mis à disposition, et les agents retraités.

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

Préciser l'éligibilité des différentes catégories d'agents :

Sont 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.

1) Agents à temps non complet / agents multi-employeurs / apprentis / agents des SPIC et des EPIC rattachés à la collectivité : Adhésion possible tant en matière de prévoyance que de frais de santé, tout en prévoyant une dérogation d'adhésion au caractère obligatoire de l'adhésion au titre des contrats de frais de santé (idem secteur privé).
2) Agents de droit public des OPH, agents de droit privé des OPH, agents détachés, agents mis à disposition : maintien du cadre règlementaire actuel.
3) Agents retraités, agents en disponibilité et agents en congé parental : adhésion possible aux contrats de frais de santé, mais sans participation de l'employeur. Pour les contrats collectifs résultant de convention de participation à adhésion facultative ou à adhésion obligatoire : Application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Évin, en vigueur dans le secteur privé : mêmes garanties que les actifs, adhésion non soumise à questionnaire médical, cotisations n'évoluant pas en fonction de l'âge, et tarification encadrée (tarification identique à celle des actifs la 1ère année suivant le départ à la retraite, augmentation tarifaire de 25 % maximum la 2ème année, et augmentation tarifaire de 50% maximum la 3ème année)

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

L'article 23 du décret n° 2011-1474 du 08/11/2011 dispose que :

« *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****.* »

L'article 24 du décret n° 2011-1474 du 08/11/2011 dispose que :

« *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.* (…) »

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

1) 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.
2) 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). En effet, faute de base juridique, les URSSAF sont susceptibles de remettre en cause ces pratiques issues de la négociation collective.

La référence au « *revenu* », opérée par les textes en vigueur, gagnerait à être remplacée par celle de « *rémunération* ».

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

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

Facultés de dispenses « de droit »

- Les agents sous contrat à durée déterminée qui justifient bénéficier d'une couverture santé « responsable » conforme à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale. La dispense doit être formulée à l'embauche ou en cas de changement de situation familiale.

- 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 de l'un des dispositifs ci-dessous. La dispense doit être formulée à l'embauche ou à la date de prise d'effet de la couverture dont l'agent bénéficie par ailleurs ou en cas de changement de situation familiale :
  - un dispositif de frais de santé complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale (couverture collective obligatoire souscrite par l'employeur) ;
  - le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code la de Sécurité sociale (Alsace-Moselle) ;
  - le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 (IEG) ;
  - Les mutuelles des fonctions publiques d'État et des collectivités territoriales relevant des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
  - les contrats d'assurance de groupe relevant de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats dits « Madelin »).

PROJET

- 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 d'une des couvertures ci-dessous jusqu'au terme de l'attribution de ces aides :
  - d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale (CMU-C) ;
  - de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la Sécurité sociale (ACS).

Facultés de dispenses facultatives relevant de la négociation collective

Pour être exercées par les agents, les facultés de dispenses ci-dessous doivent être expressément stipulées, en tout ou partie, dans l'accord collectif, sous peine de remise en cause du caractère obligatoire du contrat, et par conséquent du régime social de faveur inhérent.

- Les agents et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

- Les 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.

Les agents remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires ou à défaut d'une déclaration sur l'honneur de l'agent, auprès de l'employeur qui conservera les demandes de dispenses et les justificatifs ou déclarations y afférents.

Les demandes de dispenses devront comporter la mention selon laquelle l'agent a été préalablement informé des conséquences de son choix, en particulier s'agissant de la perte du bénéfice de la participation de l'employeur.

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs ou déclarations sur l'honneur de l'agent à l'employeur : à défaut, les agents concernés seront immédiatement affiliés au régime.

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

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, il convient de prévoir une disposition transitoire précisant que :

PROJET

- Seuls les agents en situation d'activité à la date de mise en place d'un premier contrat collectif à adhésion obligatoire sont obligés d'adhérer.

- 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.

Les dispositions des articles 2 et 7 de la loi Évin trouveront donc à s'appliquer uniquement pour les agents en activité à l'occasion de la mise en place d'un premier contrat collectif à adhésion obligatoire.

Possibilité de couverture des agents en arrêts de travail

Toujours dans le cadre d'une première mise en place de contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire, et pour permettre une couverture des agents en arrêt de travail à la date de mise en place du contrat, il conviendrait de prévoir des mesures transitoires visant à :

- Permettre, sous la forme d'une option dans le cahier des charges de l'appel d'offres, la mise en place par la collectivité d'un contrat spécifique de reprise du passif en cours, moyennant soit une cotisation ad hoc, soit une sur-cotisation à appliquer sur le régime des actifs.
- Permettre aux collectivités de maintenir le versement de la participation de l'employeur pour les agents en arrêt de travail à la date de mise en place du contrat collectif complémentaire de prévoyance à adhésion obligatoire.

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

Le rapport de présentation de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 au Conseil commun de la fonction publique précise que : « *Ces contrats (à adhésion obligatoire) seront éligibles aux mêmes dispositions fiscales et sociales que ceux dont bénéficient les salariés dans des conditions qui ne peuvent être fixées dans le présent projet d'ordonnance mais qui seront à inscrire en loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale.* »

Il est à noter que dans le secteur privé, en matière de frais de santé, lorsque la couverture des ayants-droit est prise en compte, leur affiliation peut être prévue à titre facultatif ou à titre obligatoire.

Si le dispositif ouvre le régime aux ayants-droit à titre facultatif, les contributions versées au-delà du montant prévu pour la couverture du seul salarié ne bénéficient pas de l'exonération.

Si le dispositif prévoit la couverture des ayants-droit du salarié à titre obligatoire, la totalité de la contribution de l'employeur, y compris celle versée au titre des ayants-droit, est éligible à l'exonération de cotisations.

PROJET

Actuellement, le décret n° 2011-1474 du 08/11/2011 permet aux collectivités territoriales de moduler leur participation en fonction de la situation familiale et/ou du niveau de revenu des agents. Il est ainsi très fréquent de trouver des grilles de participation employeur qui tiennent compte de la situation familiale des agents.

Evolutions ayant fait l'objet d'un accord :

1) 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.
2) Préciser les dérogations d'adhésions des familles, pour sécuriser juridiquement les dispositifs :

Facultés de dispense « de droit » des ayants-droit

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 suivant :

- Un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale (couverture collective obligatoire souscrite par l'employeur) ;
- Le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la Sécurité sociale (Alsace/Moselle) ;
- Le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 (IEG) ;
- Les mutuelles des fonctions publiques d'État et des collectivités territoriales relevant des décrets n° 2007-1373 du 9 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Les contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats dits "Madelin").

Facultés de dispenses des ayants-droit facultatives relevant de la négociation collective

Attention : Ces facultés de dispenses doivent être stipulées dans l'accord collectif en tout ou partie à l'issue de la négociation collective. À défaut d'être prévues dans l'accord collectif, elles ne peuvent être exercées par les ayants-droit des agents sous peine de remettre en cause le régime social de faveur.

Par exception, et sur demande écrite de l'agent, ses ayants-droit pourront être dispensés d'affiliation s'ils bénéficient :

- D'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale (CMU-C), jusqu'au terme de l'attribution de cette aide ;
- De l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la Sécurité sociale (ACS), jusqu'au terme de l'attribution de cette aide ;

- 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'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :

  - le régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
  - la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Les agents dont les ayants-droit remplissent les conditions d'une des dispenses ci-dessus doivent en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires ou à défaut d'une déclaration sur l'honneur de l'agent, auprès de l'employeur qui conservera les demandes de dispenses et les justificatifs ou déclarations y afférents.

Les demandes de dispenses devront comporter la mention selon laquelle l'agent et ses ayants-droit ont été préalablement informés des conséquences de ce choix, en particulier s'agissant de la perte du bénéfice de la participation de l'employeur.

Le maintien des dispenses est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs : à défaut, les ayants-droit concernés seront immédiatement affiliés au régime.

3) 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 :

- Traitement social : alignement sur le secteur privé

Le montant maximum des contributions employeurs aux régimes « prévoyance » et « frais de santé », exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale pour chaque agent ne doit pas excéder la somme de 6% PASS (2 639,52 € en 2023) et 1,5 % de la rémunération soumise à cotisation de sécurité sociale. Le total ainsi obtenu ne peut excéder 12% du PASS (5 279,04 € en 2023).

- Régime fiscal pour les agents : alignement sur le secteur privé

Les cotisations des agents, affiliés aux contrats collectifs de « prévoyance » et/ou de « frais de santé »de leur employeur, sont déductibles de leur revenu imposable dans une limite globale de la somme de 5% du PASS (soit 2 199,60 € en 2023) et 2 % de la rémunération soumise à cotisation de sécurité sociale. Le total ainsi obtenu ne peut excéder 2% de 8 PASS (soit 7 038 72€ en 2023).

- CSG/CRDS et forfait social.

Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance et/ou de frais de santé sont soumises dès le premier euro, à la CSG et à la CRDS sans abattement.

PROJET

Pour les agents relevant de la CNRACL : assujettissement des contributions employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance et/ou de frais de santé à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75% pour frais professionnels).

Pour les agents relevant du régime général : assujettissement à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels) et au forfait social au taux de 8 % dans les collectivités de plus de 11 agents.

Contrats individuels labellisés

Dans le cadre de la procédure de labellisation, 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.

Pour les agents relevant de la CNRACL : assujettissement des contributions employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance et/ou de frais de santé à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75% pour frais professionnels).

Pour les agents relevant du régime général : assujettissement à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels) et aux cotisations de Sécurité Sociale dans les conditions et aux taux de droit commun. Dans cette hypothèse, le forfait social n'est pas dû.

PROJET