Couverture des **risques de la vie** :

Responsables, employeurs territoriaux et syndicats **s'engagent** !

ACCORD COLLECTIF NATIONAL DU 11 JUILLET 2023

Foire aux questions

Mise à jour au 4 juin 2024

AVANT-PROPOS

Le 11 juillet 2023, le premier protocole national entre les associations d'employeurs et les organisations syndicales[1] représentatives à l'échelle du versant territorial de la fonction publique a été signé. Cet accord porte sur la **mise en œuvre de la protection sociale complémentaire des 1,9 million d'agents territoriaux** et concerne l'ensemble des **40 000 employeurs du versant**.

Dans un contexte d'allongement des carrières et compte tenu des spécificités des métiers de la fonction publique territoriale, marqués par la pénibilité et l'usure professionnelle, les organisations syndicales et les représentants des employeurs, membres de la Coordination des employeurs territoriaux, ont souhaité **renforcer la protection sociale des agents face aux risques de la vie et en particulier en matière de prévoyance**.

Le protocole signé introduit de nouveaux droits en matière de prévoyance. Il garantit aux agents en situation de maladie ou d'invalidité le maintien de 90 % de leur rémunération nette. Cette couverture interviendra dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire dont la cotisation sera partagée entre l'agent et la collectivité, avec une part minimale de 50 % pour cette dernière.

Pour être pleinement effectif, cet accord appelle une transposition législative et réglementaire.

Dans l'attente de celle-ci, et conscientes des interrogations qu'elle peut susciter, **les parties prenantes à la négociation ont jugé utile, tant pour les agents que les employeurs, de mettre à disposition une foire aux questions** afin d'éclairer l'ensemble des acteurs sur les termes de l'accord du 11 juillet 2023.

Le présent document, co-écrit entre les signataires de l'accord, est le résultat de ce travail. Il a vocation à répondre aux questions que tout agent et employeur est susceptible de se poser à ce stade et à être actualisé, enrichi au gré de la réforme et des questions qu'elle peut susciter.

L'accord du 11 juillet 2023 n'a été rendu possible que grâce à la conviction partagée des employeurs territoriaux, des organisations syndicales, mais aussi du Gouvernement, que la protection des agents territoriaux contre les risques de la vie impliquait d'ouvrir un nouveau chapitre, propre à la territoriale.

[1] **Liste des signataires de l'accord :** Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (AMF), Association des Maires Ruraux de France (AMRF), Association des Petites Villes de France (APVF), Fédération Interco Confédération française démocratique du travail (Interco CFDT), Confédération générale du travail (CGT), Départements de France, Fédération autonome de la fonction publique territoriale (FA-FPT), Fédération Nationale des Centres de Gestion (FNCDG), Force Ouvrière (FO), France urbaine, Fédération syndicale unitaire (FSU), Intercommunalités de France, Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) et Villes de France.

A la conclusion de cet accord, ses signataires appelaient l'ensemble des parties prenantes à relever le défi de sa mise en œuvre, à tous les niveaux.

Aussi, sans méconnaître les difficultés liées aux retards pris dans la transposition de l'accord, et forts de l'engagement pris par le Gouvernement à le transposer, **il appartient dorénavant à chacun localement de se saisir par le dialogue social de ces avancées que la loi viendra dans tous les cas consacrer** ■

SOMMAIRE

LES GRANDES NOTIONS ET L'ACCORD DU 11 JUILLET 2023

1 Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que la prévoyance ? 6

2 Quels sont les trois dispositifs de participation à la protection sociale complémentaire existants ? 6

3 Sur quoi l'accord collectif national du 11 juillet 2023 porte-t-il ? 8

4 Qu'est-ce qu'un accord collectif national et quelle est sa portée ? 9

5 Quel est le calendrier de mise en œuvre de l'accord ? Que peut faire l'employeur dans l'attente de la transposition normative de l'accord ? 10

LE CADRE PRÉVU EN MATIÈRE DE PRÉVOYANCE

6 Quelles sont les garanties minimales prévues par l'accord national en matière de prévoyance ? 12

7 Par rapport à quelle référence le taux minimal de participation employeur de 50 % est-il établi en matière de prévoyance ? 133

8 L'employeur peut-il aller au-delà des 50 % ? 133

9 La souscriptionde garanties optionnelles au libre choix individuel est-elle possible en plus des garanties minimales ? Quel régime lui est applicable ? 144

Qu'est-ce que la « rechute » et comment l'accord prévoit-il d'encadrer sa prise en charge ? 155

11 Je suis un agent en temps partiel thérapeutique. Comment et dans quelles conditions ma situation est-elle prise en compte ? 155

LE CADRE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET LA REVOYURE

12 En matière de santé, qu'est-ce que le panier de soins de référence ? Comment son contenu est-il fixé ? Peut-il être négocié pour être renforcé ? 177

13 En quoi consiste la revoyure prévue en matière de santé ? Comment sera-t-elle mise en œuvre ? 188

LES CONTRATS COLLECTIFS À ADHÉSION OBLIGATOIRE

14 Quel est l'intérêt et quels sont les avantages d'un contrat collectif à adhésion obligatoire en matière de prévoyance ? Pourquoi les généraliser ? 20

15 Quel est le régime social et fiscal d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ? 21

16 De quelle liberté de choix dispose un agent ? Que se passe-t-il pour un agent déjà couvert en prévoyance ? Quelles sont les cas de dispense d'adhésion d'un contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire ? 222

17 De quelle liberté de choix dispose un agent ? Que se passe-t-il pour un agent déjà couvert en santé ? Quelles sont les cas de dispense d'adhésion d'un contrat collectif de santé à adhésion obligatoire ? 223

LA NÉGOCIATION LOCALE

18 Quelles sont les marges de manœuvre pour négocier localement ? 255

19 Quel intérêt y a-t-il à conclure des accords collectifs collectifs locaux ? 27

20 Dans quelles conditions, notamment de représentativité, des accords collectifs locaux peuvent-ils être négociés ? 27

LE PROCESSUS DE PASSATION DES CONTRATS COLLECTIFS

21 Quel est le régime juridique applicable à la procédure de passation d'un contrat collectif santé et/ou prévoyance ? 29

22 La collectivité peut-elle avoir recours à une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) en matière de PSC ? 30

LES GRANDES NOTIONS ET L'ACCORD DU 11 JUILLET 2023

1 Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que la prévoyance ?

Version actualisée au 4 juin 2024

La protection sociale complémentaire (PSC) est un dispositif d'assurance concernant tous les agents, quel que soit leur statut (titulaires comme contractuels) et visant :

- **en matière de santé**, à rembourser en tout ou partie les dépenses de santé en complément des prestations versées par la sécurité sociale dans le cadre des soins ou de la maladie, tels que les consultations chez un médecin généraliste ou spécialiste, les médicaments, vaccins, frais dentaires ou optiques, ou d'autres frais spécifiques.

  Le niveau de couverture, et donc de remboursement, est variable selon le type de contrat.

- **en matière de prévoyance**, selon le type de contrat, à permettre à un agent de maintenir son niveau de rémunération globale (traitement indiciaire + nouvelle bonification indiciaire + régime indemnitaire) en cas de baisse de revenu, conséquence d'un arrêt de travail pour raison de santé (demi-traitement) ou d'une invalidité temporaire ou permanente.

  Un contrat de prévoyance peut également prévoir un capital décès ou une aide aux frais d'obsèques au bénéfice des ayants droit de l'agent.

La protection sociale complémentaire a vocation à permettre aux agents de faire face aux conséquences financières des risques en matière de « prévoyance » et/ou de « santé » ■

2 Quels sont les trois dispositifs de participation à la protection sociale complémentaire existants ?

Version actualisée au 4 juin 2024

En résumé, les trois dispositifs possibles de souscription de la PSC et de participation financière par l'employeur peuvent être présentés comme suit.

Contrat individuel labellisé	Contrat collectif	
	à adhésion facultative	à adhésion obligatoire
• L'agent souscrit librement un contrat individuel de son choix • Pour bénéficier de la participation financière de l'employeur ce contrat doit, d'une part, être labellisé selon une procédure nationale et, d'autre part, comporter un niveau de garantie conforme aux garanties minimales définies par le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022	• L'employeur conclut, après mise en concurrence, un contrat collectif destiné aux agents de la collectivité • L'agent a la possibilité d'adhérer à ce contrat mais n'y est pas tenu	• L'employeur conclut après mise en concurrence, un contrat collectif destiné aux agents de la collectivité • Sauf cas de dispense prévus par les textes ou par l'accord collectif conclu localement, l'agent a l'obligation d'adhérer à ce contrat

Les possibilités de recours à ces dispositifs vont fortement évoluer dans le cadre de l'accord collectif national du 11 juillet 2023. Ces évolutions peuvent être résumées comme suit :

	En l'état du droit en vigueur		En application de l'accord du 11 juillet 2023	
	Santé	Prévoyance	Santé	Prévoyance
Contrat individuel labellisé	✓	✓	✓	✗
Contrat collectif à adhésion facultative	✓	✓	✓	✗
Contrat collectif à adhésion obligatoire	✓	✓	✓	✓

Pour aller plus loin, aux termes 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 PSC de leurs agents, les employeurs publics territoriaux ont le choix entre trois formules :

- **conclure, après procédure de mise en concurrence, une convention de participation avec un organisme :** mutuelle ou union ; institution de prévoyance ; entreprise d'assurance, ainsi que le rappelle le code général de la fonction publique (CGFP) ;
- **bénéficier d'une convention de participation conclue par un centre de gestion**, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements, avec les organismes précédemment mentionnés.

- **financer, hors de toute convention de participation, les prestations servies par des organismes dans le cadre de règlements ou contrats labellisés** au plan national par des opérateurs eux-mêmes habilités par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

Toutefois, en matière de prévoyance, l'accord collectif national du 11 juillet 2023 prévoit l'adhésion obligatoire des agents *via* la généralisation du recours au contrat collectif, excluant ainsi le recours à la labellisation : seul l'un des deux premiers dispositifs précités de convention de participation demeure possible, en prévoyance, aux termes de cet accord national.

Ainsi, en vertu de l'accord, la participation financière de l'employeur territorial, pour la couverture de ces risques, est réservée aux contrats à caractère collectif et à adhésion obligatoire sélectionnés au terme d'une procédure de mise en concurrence.

En revanche, l'accord du 11 juillet 2023 ne prévoit pas, en matière de santé, l'exclusion du recours aux contrats labellisés : dans ce domaine, les trois formules précitées demeurent possibles.

Dans tous les cas, et quel que soit le domaine (prévoyance ou santé), les contrats garantissent la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires (cette condition pouvant être, par dérogation au respect du principe de la procédure de mise en concurrence, attestée par la délivrance d'un label en matière de santé) ■

3 Sur quoi l'accord collectif national du 11 juillet 2023 porte-t-il ?

Version actualisée au 4 juin 2024

L'accord collectif national conclu le 11 juillet 2023 comprend **trois grands « piliers » :**

- **des garanties « socles » au bénéfice des agents qui constitueront le cadre des futures négociations locales en matière de santé et de prévoyance.**

  ⇒ **En matière de prévoyance :**

  - ✓ en garantissant *a minima* aux agents le maintien de 90 % de leur revenu global net (traitement indiciaire + nouvelle bonification indiciaire + régime indemnitaire) en cas d'incapacité ou d'invalidité ;
  - ✓ en généralisant les contrats collectifs à adhésion obligatoire ;
  - ✓ en introduisant un partage entre employeur et agent du montant de la cotisation prévue au contrat avec une participation minimale de l'employeur de 50 % ;

  ⇒ **En matière de santé :**

  - ✓ en instituant un fonds national de solidarité au profit des agents actifs et retraités en difficulté dont la négociation collective devra, courant 2024, préciser les modalités opérationnelles ;

- ✓ en engageant une revoyure du volet « santé » qui portera notamment sur le panier minimal de couverture, le niveau de participation et les modes de participation.

- **l'encadrement des pratiques contractuelles et des différents régimes de participation**. Le fait que le texte fondateur de la participation des employeurs publics à la protection sociale complémentaires de leurs agents, pris en 2011, n'ait fait à ce jour l'objet d'aucune révision alors que l'ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021, codifiée aux articles L. 221-1 à L. 227-4 du code général de la fonction publique, a introduit les contrats collectifs à adhésion obligatoire, crée un vide juridique. Cette situation imposait d'actualiser le cadre applicable aux contrats de protection sociale complémentaires dans la fonction publique et à la participation de l'employeur, notamment en encadrant mieux les pratiques.

  Avec cet accord signé, il est attendu du Gouvernement une révision du décret de 2011, sur laquelle il s'est engagé, qui consiste :

  - ⇒ à renforcer la solidarité au sein des contrats individuels labellisés en matière de santé ;
  - ⇒ à introduire un encadrement des contrats collectifs à adhésion obligatoire inspiré des règles en vigueur dans le secteur privé ;
  - ⇒ à réguler les pratiques des opérateurs, notamment en matière d'évolution tarifaire ;
  - ⇒ à clarifier certaines situations en matière d'indemnisation dans le cadre de la prévoyance, notamment en cas de successions de contrats ;
  - ⇒ à sécuriser les mobilités mais aussi la couverture des agents retraités en matière de santé ;
  - ⇒ à accorder davantage de souplesse à la négociation locale pour moduler la participation de l'employeur et décliner la mise en place des contrats.

- **le pilotage et le portage social des dispositifs de participation** en précisant le processus de dialogue social en matière de protection sociale complémentaire, à chaque étape, de la négociation des accords au niveau local à leur mise en œuvre (définition du ou des cahier(s) des charges, détermination des conditions de sélection et suivi de l'exécution du ou des contrats) ■

4 Qu'est-ce qu'un accord collectif national et quelle est sa portée ?

Version actualisée au 4 juin 2024

L'accord collectif désigne **la matérialisation, par un document écrit, du résultat de négociations menées** en l'occurrence entre des représentants des employeurs publics territoriaux au plan national et les représentants des personnels territoriaux (organisations syndicales) représentatifs au niveau national, au nom de ceux-ci.

Les domaines sur lesquels peut porter un accord sont énumérés par la loi (ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021, codifiée aux articles L. 221-1 à L. 227-4 du code général de la fonction publique). Parmi ces sujets figure explicitement la protection sociale complémentaire.

La portée d'un accord collectif tel que celui signé en matière de protection sociale complémentaire le 11 juillet 2023 est d'ordre national. Elle a vocation à modifier la réglementation s'imposant à toutes les collectivités territoriales et à leurs établissements publics, ainsi qu'à poser le cadre minimal des négociations locales dans le domaine concerné ■

5 Quel est le calendrier de mise en œuvre de l'accord ? Que peut faire l'employeur dans l'attente de la transposition normative de l'accord ?

Version actualisée au 4 juin 2024

L'accord collectif national signé le 11 juillet 2023 a pour objet de **poser le cadre de référence aux négociations locales devant intervenir dans chaque collectivité**, établissement local et centre de gestion en vue des obligations de participation au financement des dispositifs de protection sociale complémentaire de leurs agents qui s'imposeront aux employeurs territoriaux :

- le 1er janvier 2025 pour la prévoyance ;
- le 1er janvier 2026 pour la santé.

En matière de santé, l'accord prévoit **un dispositif de revoyure échelonné de janvier 2024 à juin 2025** (*voir question 13*), à l'issue duquel sa mise en œuvre pourra être complètement engagée dans chaque collectivité.

En matière de prévoyance, l'accord collectif national du 11 juillet 2023 pose des modalités de négociation au niveau local qui trouvent déjà à s'appliquer.

L'accord prévoit une mise en conformité avec ses stipulations :

- pour les employeurs qui, au 11 juillet 2023, ne proposaient pas de dispositif de participation au moyen d'un contrat collectif : dès que possible et au plus tard le 1er janvier 2025 ;

- pour les employeurs qui, au 11 juillet 2023, proposaient un dispositif de participation au travers d'un contrat collectif : à l'échéance du contrat collectif en cours au 11 juillet 2023 et au plus tard le 1er janvier 2027.

Sans méconnaître les difficultés liées aux retards pris dans la transposition de l'accord, et fortes de l'engagement pris par le Gouvernement à transposer l'accord, **les conventions de participation à renouveler ou à conclure doivent s'inspirer des stipulations de l'accord afin d'anticiper leur mise en conformité, qui s'imposera dans tous les cas.**

En effet, pour être pleinement effectif, l'accord implique la modification de quelques dispositions législatives et réglementaires dans le courant de l'année 2024, nécessaire pour inscrire en droit :

- la généralisation des contrats de prévoyance à adhésion obligatoire ;
- la nouvelle définition de la participation minimale de l'employeur ;
- les nouvelles garanties minimales ;
- l'encadrement des pratiques contractuelles.

Ceci n'a pas pour effet de suspendre, dans l'attente de ces transpositions normatives, l'application de l'accord collectif national du 11 juillet 2023, notamment pour le calendrier, l'objet du dialogue social et la méthode qu'il encadre.

L'employeur est donc fondé, dans le respect de la libre administration des collectivités, **à engager dans l'immédiat la négociation locale afin de respecter les échéances présentées ci-dessus** et de se conformer à celles notamment relatives aux garanties en matière de prévoyance et au montant de participation de l'employeur, **dont l'anticipation de la transposition n'est pas contraire au droit en vigueur**.

S'agissant des garanties nécessitant une transposition normative, le principe du dialogue social permet évidemment de les aborder en amont. Le caractère obligatoire de l'accord national collectif incite d'ailleurs fortement à préparer dès à présent l'accord local afin d'être prêt et de lui être conforme lorsque sera intervenue la modification du cadre légal ■

LE CADRE PRÉVU EN MATIÈRE DE PRÉVOYANCE

6 Quelles sont les garanties minimales prévues par l'accord collectif national en matière de prévoyance ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Les garanties minimales en matière de prévoyance prévues dans l'accord collectif national du 11 juillet 2023 portent sur l'incapacité temporaire de travail et l'invalidité :

- **S'agissant de l'incapacité temporaire de travail :**

  ⇒ Tout agent territorial, quel que soit son âge, son statut, son cadre d'emplois ou sa catégorie, bénéficiera *a minima*, en cas d'indisponibilité physique liée à une incapacité temporaire de travail du maintien de 90 % de son revenu net (traitement indiciaire + nouvelle bonification indiciaire + régime indemnitaire), sous déduction des prestations versées par l'employeur ou tout autre régime obligatoire, au moyen d'un complément de rémunération versé au titre de la prévoyance complémentaire, en relais des obligations statutaires ;

- **S'agissant de l'invalidité :**

  ⇒ **Pour les agents affiliés à la CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 50 % ou les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou à l'IRCANTEC bénéficiant d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 % ou classés en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie :** versement d'une rente d'invalidité permettant le maintien du revenu net de l'agent (TI + NBI + RI) à hauteur de 90 %, sous déduction des prestations versées par la CNRACL ;

  ⇒ **Pour les agents affiliés CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité < 50% :** versement au titre de la prévoyance complémentaire d'une rente d'invalidité proportionnelle au taux d'invalidité définie par la CNRACL selon la formule suivante : M = R x I / 50 % - (« M » pour montant de la rente versée – « R » pour de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenue par la CNRACL – « I » pour pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL) ■

7 Par rapport à quelle référence le taux minimal de participation employeur de 50 % est-il établi en matière de prévoyance ?

Version actualisée au 4 juin 2024

L'accord collectif national du 11 juillet 2023 prévoit une participation minimale de l'employeur à la couverture du risque prévoyance des agents à hauteur de 50 % de la cotisation acquittée par les agents au titre des garanties minimales prévues par l'accord (hors garanties optionnelles facultatives).

Ce taux minimal de 50 % est établi :

- **Par application sur le montant de la cotisation correspondant à la couverture des garanties minimales prévues par l'accord et supportée *in fine***, dans le cadre de l'exécution du contrat collectif de prévoyance conclu par la collectivité ou le centre de gestion et non plus sur un montant de référence préétabli (tel que le prévoit l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, codifiée aux articles L. 827-1 à L. 827-12 du code général de la fonction publique, et le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022). **Aussi, l'accord conduit à abandonner la notion de montant de référence de 35 €** ;

- **sur la base d'une cotisation correspondant *a minima* à la souscription des garanties collectives minimales prévues par l'accord**, à savoir le maintien de 90 % de la rémunération nette globale (traitement indiciaire + nouvelle bonification indiciaire + régime indemnitaire) de l'agent en cas d'incapacité et d'invalidité ■

8 L'employeur peut-il aller au-delà des 50 % ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Oui. L'accord précise que la participation financière de l'employeur territorial représente **au minimum 50 % de la cotisation**, sur la base de garanties minimales définies dans l'accord.

Ainsi, la négociation locale peut prévoir :

- **un pourcentage supérieur à 50 % pour tous les agents sans distinction** ;

- **une modulation de la participation suivant différents critères**, tel que le revenu, dans la mesure où, bien évidemment, cette modulation ne peut conduire à ce qu'un agent bénéficie d'une participation inférieure à 50 % ■

9 La souscription de garanties optionnelles au libre choix individuel est-elle possible en plus des garanties minimales ? Quel régime lui est applicable ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Pour pouvoir être souscrites par les agents, il est nécessaire que les garanties optionnelles soient prévues dans le contrat collectif. Elles doivent ainsi être intégrées au cahier des charges rédigé dans le cadre de la consultation nécessaire à la passation du contrat.

Dans le but de connaître au mieux les besoins des agents, une enquête peut être réalisée auprès de ces derniers, en amont de l'élaboration du cahier des charges.

Les garanties optionnelles pourront être souscrites par l'agent s'il le souhaite. Leur souscription revêt un caractère facultatif.

Si l'accord collectif local ne le prévoit pas, l'employeur ne sera pas tenu de participer financièrement à la cotisation à acquitter pour bénéficier de ces options facultatives.

Il est à noter que la participation éventuelle de l'employeur à des options à caractère facultatif ne bénéficie pas du régime social de faveur et ne fait pas l'objet d'une exonération fiscale pour les agents. En d'autres termes, la participation de l'employeur aux options à caractère facultatif est soumise au paiement des charges sociales et doit être prise en compte dans la détermination de l'assiette des revenus imposables des agents.

Il est notamment possible d'intégrer les options à caractère facultatif suivantes à un contrat collectif :

- **En cas de décès de l'agent, le versement :**
  - ⇒ d'un capital décès forfaitaire aux bénéficiaires de son choix ;
  - ⇒ d'une rente viagère ou temporaire pour le ou la conjointe ;
  - ⇒ d'une rente d'éducation pour financer les études de ses enfants ;
  - ⇒ d'une rente d'allocation enfant handicapé ;
- **La perte de retraite consécutive à une invalidité, sous forme de rente viagère ou de capital forfaitaire.** Toutefois, cette option ne concerne que les agents relevant de la CNRACL ; est relativement coûteuse en termes de cotisations
- **Une couverture supérieure à 90 % du traitement indiciaire + nouvelle bonification indiciaire + régime indemnitaire** si l'accord local ne le prévoit pas déjà ;
- **Une couverture du régime indemnitaire pendant les périodes à plein traitement en cas de congé longue maladie (CLM) / congé longue durée (CLD) / congé grave maladie (CGM) :** cette option permet aux agents qui le souhaitent de couvrir leur régime indemnitaire pendant la période à plein traitement en cas de CLM/CLD/CGM, pour compenser la perte de régime indemnitaire liée au fait que statutairement l'employeur n'a pas le droit de maintenir le régime indemnitaire en CLM/CLD/CGM ■

10 Qu'est-ce que la « rechute » et comment l'accord prévoit-il d'encadrer sa prise en charge ?

Version actualisée au 4 juin 2024

La rechute est **l'aggravation d'une lésion initialement constatée**.

La rechute suppose un fait nouveau : soit une aggravation de la lésion initiale, soit l'apparition d'une nouvelle lésion, qui intervient après une consolidation ou une guérison préalable de l'état de santé.

L'accord du 11 juillet 2023 prévoit qu'en cas d'accord collectif à adhésion obligatoire **le nouvel organisme assureur prenne en charge toute rechute**, lorsque l'agent était assuré à titre individuel de la première survenue de la cause de l'arrêt, qu'il ait été ou non indemnisé.

En cas de contrat collectif à adhésion obligatoire succédant à un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative, il est stipulé dans l'accord national que tout arrêt de travail dû à une rechute devra être pris en charge par l'ancien contrat, dès lors que ce nouvel arrêt de travail est bien la suite d'un précédent arrêt dont le fait générateur est survenu durant le précédent contrat et a donné lieu à indemnisation.

Il incombe à l'organisme assureur du contrat collectif à adhésion obligatoire en vigueur de prouver que le fait générateur de la pathologie donnant lieu à l'indemnisation est né durant la période de couverture d'un éventuel contrat précédent assuré par un autre organisme assureur qui garantissait ce même risque, dans le cadre d'une expertise médicale, amiable ou judiciaire.

En cas de désaccord entre les deux organismes assureurs, et dans l'attente qu'il soit statué, c'est l'organisme dont le contrat est en cours qui assure l'indemnisation de l'agent. S'il est constaté à l'issue des expertises que le fait générateur est survenu durant l'ancien contrat, il incombera au précédent organisme assureur de rembourser les sommes versées à l'agent par le nouvel organisme.

Dans tous les cas, la rechute ou la détermination de la date du fait générateur de la pathologie ne peuvent être constatées qu'au moyen d'une expertise médicale ou judiciaire (et non fondée sur un simple questionnaire médical rempli par l'agent) ■

11 Je suis un agent en temps partiel thérapeutique. Comment et dans quelles conditions ma situation est-elle prise en compte ?

Version actualisée au 4 juin 2024

En application de l'article L. 823-4 du code général de la fonction publique, **un fonctionnaire placé à temps partiel thérapeutique perçoit l'intégralité de son traitement, du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence**. Il continue également de percevoir la nouvelle bonification indiciaire (NBI), comme le dispose l'article 2 du décret n° 93-863 du 18 juin 1993.

La rémunération indiciaire étant maintenue durant le temps partiel thérapeutique**, la prévoyance n'interviendrait alors que sur la partie indemnitaire, à condition que l'agent soit placé en temps partiel thérapeutique après la date de prise d'effet du contrat de prévoyance.**

En effet, concernant le régime indemnitaire, au regard du décret n° 2010-997 du 26 août 2010 modifié, dans le cas où aucune délibération n'aurait été prise pour garantir le maintien des primes à taux plein des agents placés à temps partiel thérapeutique, **la prévoyance viendrait alors compenser la perte de revenu du fait de la proratisation des primes sur la durée effective du service** (quotité de temps partiel exercé), **dans la limite de la couverture prévue par le contrat prévoyance.**

Pour mémoire, l'accord national du 11 juillet 2023 garantit le maintien de revenu (traitement indiciaire + nouvelle bonification indiciaire + régime indemnitaire) à hauteur de 90 % ■

LE CADRE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET LA REVOYURE

12 En matière de santé, qu'est-ce que le panier de soins de référence ? Comment son contenu est-il fixé ? Peut-il être négocié pour être renforcé ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Le panier de soins désigne les garanties minimales qui doivent être proposées aux agents dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé. Il regroupe des prestations de remboursement des dépenses de santé en complément des prestations versées par la Sécurité sociale pour les différents postes de soin : consultation, hospitalisation, optique, soins dentaires, médecine « douce », etc.

Les garanties minimales du panier de soins pour la santé concernent le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier, les frais dentaires et les frais d'optique.

Le panier de soins de référence est défini par un accord national interprofessionnel (ANI) et repris au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Il constitue également une référence dans la fonction publique conformément à l'article L. 827-10 du code général de la fonction publique.

Ce panier constitue en réalité **une double référence :**

- Il correspond au niveau minimal des remboursements que doit comporter la garantie proposée aux agents. Ainsi, il désigne **les garanties « plancher » qu'un contrat collectif de complémentaire santé doit proposer aux agents mais aussi un contrat individuel labellisé pour que l'agent puisse bénéficier de la participation financière de l'employeur**.

  Il est possible, dans le cadre d'un contrat collectif, que celui-ci soit négocié localement à la hausse entre les employeurs et les organisations syndicales représentatives afin de renforcer les prestations offertes.

  On notera toutefois que le renforcement des prestations ou l'amélioration de leur prise en charge entraînera une augmentation du coût des cotisations supportées par les adhérents. Aussi, l'équilibre est primordial pour offrir des garanties qui répondent aux

besoins de couverture d'un maximum de profils tout en préservant le montant des cotisations afin que tous les agents puissent financièrement adhérer aux contrats.

- Il constitue aussi **la base de calcul du montant dit de référence** (estimé à 30 € au moment de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, codifiée aux articles L. 827-1 à L. 827-12 du code général de la fonction publique), auquel est appliqué le taux de 50 % qui permet de définir le montant minimal de participation de l'employeur à la complémentaire santé, soit 15 € par agent et par mois, conformément au décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 ■

13 En quoi consiste la revoyure prévue en matière de santé ? Comment sera-t-elle mise en œuvre ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Les signataires de l'accord national collectif du 11 juillet 2023 se sont accordés sur le principe d'une revoyure de l'accord pour l'approfondir à propos des garanties minimales en matière de santé, ce sujet donnant lieu à une obligation de participation de l'employeur prévue un an plus tard (1er janvier 2026) que pour la prévoyance (1er janvier 2025).

La revoyure doit permettre :

- de **rediscuter du panier de soins de référence et de la participation minimale de l'employeur territorial dans le champ de la santé** (en vue d'une modification du décret n° 2022-581 du 20 avril 2022) ;

- de **déterminer les modalités opérationnelles du fonds national de solidarité** dont l'instauration est prévue par l'accord du 11 juillet 2023 au bénéfice des agents territoriaux actifs et retraités en difficulté.

Dans le cadre de cette revoyure, les organisations syndicales et les représentants des employeurs territoriaux signataires de l'accord se sont engagés à se réunir mensuellement jusqu'en juin 2025, selon le calendrier qui suit.

Au 1er semestre 2024, les parties à l'accord diligenteront une enquête nationale auprès employeurs territoriaux ainsi qu'auprès des agents de la fonction publique territoriale, enquête dont la conduite sera conjointe entre employeurs et organisations syndicales, **afin de disposer d'un état des lieux de la situation de la couverture santé dans la fonction publique territoriale** pour éclairer leurs échanges par la suite.

Dans le même temps, les signataires de l'accord s'attacheront à définir la **configuration opérationnelle du fonds national de solidarité**, qui pourrait s'appuyer sur une commission paritaire d'administration et un accompagnement par un conseil, à l'instar de ce que prévoit l'accord interministériel conclu en 2022 en matière de santé dans la fonction publique d'Etat.

La période du second semestre 2024 et du premier semestre 2025 sera consacrée à une négociation entre les signataires de l'accord sur :

- les garanties minimales du panier de soins ;
- la participation minimale de l'employeur et son évolution ;
- les formules d'indexation et d'actualisation du panier de soins et de la participation minimale ;
- la typologie des contrats ;
- les conditions d'adhésion ;
- la solidarité (y compris vis-à-vis des retraités) ;
- la portabilité des droits.

Une fois menée à son terme, cette revoyure permettra de rendre pleinement applicable l'accord national collectif sur son volet « santé » en vue de la généralisation de la participation de l'employeur territorial au 1er janvier 2026 ■

LES CONTRATS COLLECTIFS À ADHÉSION OBLIGATOIRE

14 Quel est l'intérêt et quels sont les avantages d'un contrat collectif à adhésion obligatoire en matière de prévoyance ? Pourquoi les généraliser ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Un contrat collectif à adhésion obligatoire en matière de prévoyance introduit **un socle de droits commun au bénéfice de tous les agents** en permettant de renforcer la protection des agents **contre les aléas de la vie** (maladie et invalidité) **et les risques de paupérisation qui peuvent en découler, du fait des pertes de revenus induites**.

Un contrat collectif à adhésion obligatoire en matière de prévoyance présente **quatre avantages** :

- **pour les agents, il introduit des mécanismes de solidarité** entre tous les agents couverts quels que soient leur statut, leur âge et leur catégorie. **Et pour les employeurs, il offre une possibilité de mutualisation** opérée dans le cadre des portefeuilles des opérateurs.

  Il conjugue à la fois **solidarité sociale, générationnelle et catégorielle** entre le plus grand nombre et **optimisation des contrats et de la dépense**.

- il contribue donc à une **protection plus efficace au regard de l'investissement partagé entre agents et employeurs** car il garantit une connaissance préalable des risques et la stabilité du besoin à couvrir par les futurs opérateurs ; une solidarité intergénérationnelle, inter-catégorielle et sociale ; une mutualisation de la couverture des risques par l'employeur à l'échelle des bassins d'emploi et au sein des portefeuilles des futurs opérateurs titulaires des contrats ; et une maîtrise partagée du pilotage de la sinistralité.

- il s'adapte et apporte des **réponses assurantielles tenant compte des particularités des risques qu'il couvre**.

- il permet **une logique « gagnant-gagnant » entre agents et employeurs :** les employeurs comme les agents sont ensemble en coresponsabilité de la prévention des risques, en tant qu'acteurs conjoints du financement de la protection assurantielle.

- enfin, autre avantage pour l'agent, sa contribution, ainsi que la participation de son employeur au financement du contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire ne rentrent pas dans l'assiette des revenus imposables ■

15 Quel est le régime social et fiscal d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Le régime applicable peut être synthétisé comme suit :

- S'agissant du **traitement fiscal de la cotisation** :

	Part agent	Part employeur	Garanties optionnelles
Contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire	N'entre pas dans l'assiette de revenus imposables : elle est donc déductible	N'entre pas dans l'assiette de revenus imposables : elle n'est pas imposable	La part employeur est considérée comme une rémunération, elle est donc imposable. Il en est de même pour la part agent qui entre dans l'assiette des revenus imposables
Contrat collectif de frais de santé à adhésion obligatoire	N'entre pas dans l'assiette de revenus imposables : elle est donc déductible	Entre dans l'assiette de revenus imposables	La part employeur ainsi que la part agent entrent dans l'assiette des revenus imposables

- S'agissant du **traitement social de la participation de l'employeur** :

	Part agent	Part employeur
Contrat collectif à adhésion obligatoire	*Sans objet*	Agents relevant de la CNRACL : CSG/CRDS sans abattement (9,70%) Agents IRCANTEC : CSG/CRDS : 9,70% + forfait social* : 8% (* *sauf pour les employeurs de moins de 11 agents*) **NB :** Ces charges seront donc calculées sur la part employeur mais imputées sur la fiche de paie de l'agent conformément aux modalités de prélèvement de la CSG/CRDS.

- S’agissant du traitement fiscal et social des **prestations versées** :

	Pour l’agent	Pour l’employeur
Contrat collectif à adhésion obligatoire pour les prestations Incapacité Temporaire de Travail (ITT) et invalidité	Les prestations versées par l’assureur entrent dans l’assiette de revenus imposables donc font l’objet du prélèvement à la source	Les prestations versées par l’assureur au titre des garanties Incapacité Temporaire de Travail (ITT) doivent être assujetties à contributions sociales au *prorata* du financement employeur

16 De quelle liberté de choix dispose un agent ? Que se passe-t-il pour un agent déjà couvert en prévoyance ? Quelles sont les cas de dispense d’adhésion à un contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire ?

Version actualisée au 4 juin 2024

L’adhésion aux contrats collectifs de prévoyance devient obligatoire, conformément à l’accord national collectif du 11 juillet 2023, à compter de sa transposition.

Pour un agent précédemment déjà couvert en prévoyance par un contrat individuel, le contrat collectif à adhésion obligatoire viendra remplacer celui-ci au moment de son entrée en vigueur.

Une exception est prévue 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 et choisir de poursuivre leur adhésion à leur éventuel contrat individuel labellisé de prévoyance complémentaire jusqu’à soit leur adhésion effective au contrat collectif de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire, soit l’adhésion à une option du contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire visant à reprendre le passif.

Il existe des **dispenses d’adhésion de droit ou relevant de la négociation collective**. Elles concernent :

- **dans le cadre de la négociation collective**, 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 ;

- **de droit ou dans le cadre de la négociation collective**, les agents à temps partiel, dont la quotité de travail est inférieure ou égale à 90 %, et les 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 dispense et les justificatifs ou déclarations y afférents.

Les demandes de dispense doivent 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 ■

17 De quelle liberté de choix dispose un agent ? Que se passe-t-il pour un agent déjà couvert en santé ? Quelles sont les cas de dispense d'adhésion à un contrat collectif de santé à adhésion obligatoire ?

Version actualisée au 4 juin 2024

En matière de santé, les dérogations prévues par l'accord du 11 juillet 2023 à l'adhésion obligatoire sont de deux ordres.

- **Il existe des dispenses de droit :**

  ⇒ **pour 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 devra, le cas échéant, être formulée à l'embauche ou en cas de changement de situation familiale ;

  ⇒ **pour 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 ») ;

⇒ **pour 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 ;

⇒ **pour 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).

⇒ **pour les agents à temps non complet** dont la durée de travail est inférieure ou égale à 90 % d'un temps plein et dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

▶ **Par ailleurs, des facultés de dispense peuvent être introduites par la négociation collective :**

⇒ **au bénéfice des 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 ;

⇒ **au bénéfice des agents à temps partiel**, dont la quotité de travail est inférieure ou égale à 90 %, 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 dispense et les justificatifs ou déclarations y afférents.

Les demandes de dispense 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 ■

LA NÉGOCIATION LOCALE

18 Quelles sont les marges de manœuvre pour négocier localement ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Les agents ne peuvent pas négocier eux-mêmes leur protection sociale complémentaire : **ce sont leurs représentants syndicaux représentatifs (c'est-à-dire les organisations qui disposent au moins d'un siège au CST), qui négocient avec l'autorité territoriale**.

Cette négociation doit permettre d'aboutir à un accord collectif visant à définir le mode opératoire à suivre sur la mise en place ou le renouvellement des conventions de participation en prévoyance et en santé.

Cet accord collectif, pour être valable, **doit recueillir la signature d'une ou de plusieurs organisations syndicales (OS) représentant au moins 50 % des suffrages exprimés lors des élections professionnelles de décembre 2022.**

- **Dans le cas où la collectivité remplit seule son obligation d'employeur en matière de santé**, il conviendra de déterminer si elle a recours à la labellisation ou à un contrat collectif à adhésion facultative ou obligatoire (*voir la **question 17***).

  L'accord collectif local vise à déterminer :

  - ⇒ s'il sera nécessaire d'avoir une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) ;
  - ⇒ le contenu des paniers de soins ou des garanties ;
  - ⇒ le calendrier et le rétroplanning de l'ensemble de la démarche ;
  - ⇒ la création d'un comité paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), composé de représentants de l'autorité territoriale et des représentants des organisations syndicales signataires de l'accord collectif ;
  - ⇒ les modalités d'association :
    - ✓ à la construction d'un cahier des charges exprimant les besoins ;
    - ✓ à la détermination des critères de sélection des futurs opérateurs ;
    - ✓ à leur pondération ;
    - ✓ au suivi de la bonne mise en œuvre du contrat collectif tout au long de sa durée ;

⇒ le besoin des membres du comité de pilotage de disposer d'une formation initiale pour assurer leur fonction.

Si l'accord ne recueille pas la signature d'une ou de plusieurs organisations syndicales qui détiennent *a minima* 50 % des voix, l'accord n'est pas valable.

- **Dans le cas où plusieurs collectivités se réunissent pour lancer un appel d'offres en vue de conclure un contrat collectif à adhésion facultatif ou obligatoire**, *via* un centre de gestion (CDG) par exemple, il conviendra dans un premier temps de déterminer le périmètre du futur contrat, donc de savoir précisément le nombre de collectivités intéressées.

  Une fois le périmètre défini, il conviendra de négocier un accord collectif visant à définir le mode opératoire à suivre pour la mise en place ou le renouvellement des conventions de participation en prévoyance et en santé. Cet accord collectif, pour être valable, doit recueillir la signature d'une ou plusieurs organisations syndicales représentatives du périmètre de la négociation représentant au moins 50 % des suffrages exprimés lors des élections professionnelles de décembre 2022. Toutes les organisations syndicales représentées *a minima* dans un des CST d'une des collectivités du périmètre doivent être invitées à participer à cette négociation.

  L'accord collectif vise à déterminer :

  ⇒ s'il sera nécessaire d'avoir une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) ;
  ⇒ le caractère facultatif ou obligatoire de l'adhésion au contrat collectif ;
  ⇒ le contenu des paniers de soins ou de garanties ;
  ⇒ le calendrier et le rétroplanning de l'ensemble de la démarche ;
  ⇒ la création d'un comité paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), composé de représentants de l'autorité territoriale et des représentants des organisations syndicales signataires de l'accord collectif ;
  ⇒ les modalités d'association :
    ✓ à la construction d'un cahier des charges exprimant les besoins ;
    ✓ à la détermination des critères de sélection des futurs opérateurs ;
    ✓ à leur pondération ;
    ✓ au suivi de la bonne mise en œuvre du contrat collectif tout au long de sa durée ;
  ⇒ le besoin des membres du comité de pilotage de disposer d'une formation initiale pour assurer leur fonction.

  Si l'accord collectif ne recueille pas la signature d'une ou de plusieurs organisations syndicales qui détiennent *a minima* 50 % des voix, il n'est pas valable.

  Une fois l'opérateur sélectionné, à l'issue de la consultation, les autorités territoriales de chaque collectivité doivent réunir leurs CST afin de recueillir leurs avis sur la convention de participation et le contrat collectif retenu, ainsi que sur la participation envisagée, avant de délibérer pour mettre en place ou non la convention de participation et le contrat collectif afférent.

- **Dans tous les cas, les accords collectifs locaux doivent respecter les décrets de 2011, de 2022 et l'accord collectif national PSC du 11 juillet 2023.** Les accords locaux peuvent améliorer la base fixée par les décrets et l'accord du 11 juillet.

  Il sera par exemple possible de négocier une prise en charge financière de l'employeur supérieure à 50 %, mais pas en dessous de ce pourcentage car cela reviendrait à ne pas respecter les décrets et l'accord du 11 juillet 2023 ■

19 Quel intérêt y a-t-il à conclure des accords collectifs locaux ?

Version actualisée au 4 juin 2024

La conclusion d'accords collectifs locaux présente deux intérêts majeurs :

- celui de **pouvoir introduire des garanties mais aussi un niveau de participation financière « mieux-disant » pour les agents que ceux fixés par l'accord national du 11 juillet 2023** ;

- par ailleurs, celui d'**organiser plus précisément les modalités de passation, de suivi d'exécution et pilotage du contrat collectif**, dans une logique de paritarisme entre organisations syndicales et employeur et de coresponsabilité ■

20 Dans quelles conditions, notamment de représentativité, des accords collectifs locaux peuvent-ils être négociés ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Ces conditions sont prévues par les dispositions du code général de la fonction publique (articles L. 221-1 à L. 227-4) et du décret n°2021-904 du 7 juillet 2021 qui fixe les modalités de la négociation des accords collectifs.

Les organisations syndicales représentatives – avoir *a minima* un siège au comité social territorial (CST) – et les employeurs publics peuvent négocier des accords collectifs locaux.

Une collectivité territoriale ou un établissement public qui ne dispose pas d'un comité social peut autoriser le centre de gestion à négocier et conclure un accord collectif. L'application de l'accord est soumise à son approbation par l'autorité territoriale ou l'assemblée délibérante.

Un accord peut avoir pour objet de prévoir les conditions d'application d'un accord déjà existant à un niveau territorial inférieur. Dans ce cas, l'accord d'application ne peut que préciser l'accord initial ou améliorer les dispositions générales. Il doit en respecter les dispositions essentielles.

Un accord comporte le calendrier de sa mise en œuvre, éventuellement, sa durée de validité, et les conditions d'examen par un comité paritaire de pilotage et de suivi des mesures qu'il prévoit et de leurs conditions d'application.

Les accords sont valides **s'ils sont signés par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives représentant au moins 50 % des suffrages exprimés aux dernières élections professionnelles organisées sur le périmètre couvert par l'accord** ■

LE PROCESSUS DE PASSATION DES CONTRATS COLLECTIFS

21 Quel est le régime juridique applicable à la procédure de passation d'un contrat collectif santé et/ou prévoyance ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Le décret n° 2011-1474 du 9 novembre 2011 prévoit que la conclusion d'un contrat collectif de protection sociale complémentaire intervienne au terme d'une procédure *ad hoc* de publicité et de mise en concurrence, qui ne relève pas des dispositions du code de la commande publique.

Cependant, ces dispositions ont été prises dans un cadre que ne fixait à l'époque aucune obligation de participation de l'employeur.

Le caractère obligatoire de la participation de l'employeur, introduit par l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021, désormais codifiée aux articles L. 827-1 à L. 827-12 du code général de la fonction publique, est de nature à venir modifier le régime juridique dont doit relever la mise en concurrence à opérer, et à soumettre au droit de la commande publique les procédures à conduire. En effet, du fait du caractère obligatoire de la participation de l'employeur, il ne peut plus être désormais soutenu que les conventions de participations visent à couvrir uniquement les besoins assurantiels des agents, et non également un besoin propre de la personne publique.

La Direction des affaires juridiques (DAJ) du ministère de l'Économie et des Finances a eu l'occasion d'apporter cette précision dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration de l'ordonnance de 2021, désormais codifiée aux articles L. 827-1 à L. 827-12 du code général de la fonction publique. Aussi, elle indique que le caractère obligatoire de la participation financière des employeurs et donc de la personne publique « *impliquera de considérer les conventions conclues comme des marchés publics* » dans la mesure où l'employeur public « *procèdera à la définition précise de son besoin, afin de sélectionner* [...] *un opérateur proposant les garanties de protection sociale complémentaire qu'il aura préalablement spécifiées.* »

La procédure se verra donc appliquer les dispositions du code de la commande publique.

Compte tenu des règles strictes encadrant le régime de la commande publique, **il conviendra de veiller à concilier la conduite du dialogue social avec le respect des principes et dispositions du droit de commande publique**, notamment et tout particulièrement en matière d'égalité de traitement des candidats, qui implique d'observer une stricte confidentialité du déroulement de la procédure et de la teneur des offres remises ■

22 La collectivité peut-elle avoir recours à une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) en matière de PSC ?

Version actualisée au 4 juin 2024

Une collectivité peut avoir besoin de se faire accompagner sur le plan technique lorsqu'il s'agit de passer ou renouveler une convention de participation sur la santé, sur la prévoyance ou sur les deux.

En effet, le champ de la protection sociale complémentaire est un domaine technique qui nécessite un niveau d'expertise dont la collectivité ne disposera pas nécessairement au sein de ses propres services.

Dans ce cas, la collectivité pourra conclure un marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage, au terme des procédures de commande publique applicables.

Le titulaire de ce marché pourra se voir confier la mission d'analyser les caractéristiques de la population à assurer et la sinistralité propre de la collectivité, d'assister la collectivité dans la définition du besoin et la rédaction d'un cahier des charges ainsi que d'apporter tout conseil utile en vue de la sélection des opérateurs (définition des critères de jugement, pondération, analyse des offres, etc.), de la gestion et du pilotage des risques.

Le besoin d'assistance technique peut également concerner, une fois le contrat collectif conclu, l'assistance au suivi de la bonne exécution et au pilotage de celui-ci, dans l'objectif de sécuriser les obligations des employeurs et de garantir les droits des agents.

Compte tenu des règles strictes encadrant le régime de la commande publique, **il conviendra de veiller à concilier la conduite du dialogue social avec le respect des principes et dispositions du droit de commande publique**, notamment et tout particulièrement en matière d'égalité de traitement des candidats, qui implique d'observer une stricte confidentialité du déroulement de la procédure et de la teneur des offres remises ■