

**Accord collectif national portant réforme
de la protection sociale complémentaire
des agents publics territoriaux**

11 juillet 2023

Accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux

ENTRE

Les employeurs territoriaux, signataires *in fine*

ET

Les organisations syndicales représentatives au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale,
signataires *in fine*

Préambule

La réforme de la protection sociale complémentaire (PSC), qui introduit l'obligation de participation des employeurs publics, représente l'opportunité d'une avancée sociale importante au bénéfice des agents actifs et retraités de la fonction publique territoriale.

En ce qu'elle participe des conditions de travail des agents ainsi que de maintien de leur niveau de vie et de leur santé, elle constitue également un élément d'attractivité de l'engagement pour le service public.

Alors que l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 est venue poser le cadre de cette réforme et que le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement est venu préciser aussi bien les garanties minimales que le niveau minimal de participation des employeurs, les employeurs territoriaux et les organisations syndicales entendent, au-delà de ces textes, se saisir de cette avancée sociale en poursuivant et en approfondissant l'ambition de cette réforme par la négociation collective, à laquelle l'ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique vise à donner un élan.

La poursuite de cette ambition implique, au-delà du décret précité :

- *en premier lieu*, de réaffirmer des garanties « socles » au bénéfice des agents qui constitueront le cadre des futures négociations locales ;

- *en second lieu*, de proposer l'introduction de dispositions nationales venant encadrer les pratiques contractuelles et les différents régimes de participation notamment au profit de la solidarité entre bénéficiaires, ce qui implique de réformer le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, sans quoi toute réforme de la PSC apparaîtrait incomplète, notamment en introduisant ou renforçant les mécanismes de régulation des pratiques contractuelles (évolutions de tarifs, changements de contrats, questionnaires médicaux, ratios de solidarité, tables, etc.) au bénéfice de la protection des agents ;
- *en troisième lieu*, de définir les conditions de pilotage et de portage social des dispositifs de participation.

Cette réforme implique une négociation locale dont il apparaît nécessaire de poser le cadre de référence au travers du présent processus. Ce cadre devra conjuguer le souci d'un dialogue social territorial efficient avec celui du respect du principe de libre administration des collectivités territoriales.

Au nom de cette ambition, les partenaires sociaux ont conclu, le 12 juillet 2022, un accord de méthode dans l'optique d'engager un processus national de négociation collective qui vise l'ensemble de ces finalités et qui constitue en lui-même une démarche de dialogue social inédite sur le versant territorial de la fonction publique.

Au termes des discussions engagées, les parties prenantes sont parvenues à un accord qui introduit :

- des garanties « socles » au bénéfice des agents qui constitueront le cadre des futures négociations locales ;
- des dispositions nationales venant encadrer les pratiques contractuelles et les différents régimes de participation notamment au profit de la solidarité entre bénéficiaires ;
- des dispositions en matière de pilotage et de portage social des dispositifs de participation.

Enfin, si le présent accord s'inscrit dans la dynamique insufflée par l'ordonnance n°2021-174 du 17 février 2021 quant à la place de la négociation collective dans la fonction publique, il en dépasse le champ strict puisqu'il vise également la modification de dispositions réglementaires voire législatives.

A cet égard et sur ce dernier point, les parties signataires du présent accord attendent du Gouvernement son implication la plus diligente dans la transposition normative qui a vocation à résulter, le cas échéant, des stipulations du présent accord.

Il en va d'une condition de réussite majeure de l'avancée sociale que représente cet accord pour les agents publics territoriaux.

1. Des garanties « socles » au bénéfice des agents qui constitueront le cadre des futures négociations locales

1.1. Garanties minimales en matière de prévoyance

1.1.1. Risques couverts *a minima* et niveau de couverture minimal

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 (TI + NBI + RI), 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.

Ce complément interviendra en sus des garanties résultant aussi bien de l'application du régime spécial des fonctionnaires que des dispositions applicables aux agents contractuels.

En cas d'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail donnant lieu à une invalidité, tout agent territorial, quel que soit son âge, son statut, son cadre d'emplois ou sa catégorie, bénéficiera à minima, d'un complément de rémunération, tel que :

- Pour les agents affiliés à la CNRACL qui sont mis à la retraite pour invalidité :
 - Agents affiliés à CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité $\geq 50\%$: versement au titre de la prévoyance complémentaire 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 ;
 - 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 :

$$M = R \times I / 50 \%$$

avec :

- « M » pour montant de la rente versée ;
- « R » pour montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % ;
- « I » pour pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %).

Le versement des rentes d'invalidité au titre de la prévoyance complémentaire intervient sous déduction des prestations versées par la CNRACL ou par tout autre régime obligatoire.

- Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de l'article L.341-4, 2^e et 3^e du code de la Sécurité sociale, ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail (pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale) : versement au titre de la prévoyance complémentaire d'une rente d'invalidité permettant le maintien du revenu net de l'agent à hauteur de 90 %, sous déduction des prestations versées par tout régime obligatoire.

Il en résulte le tableau des garanties figurant ci-après.

Tableau synthétique des garanties du niveau minimal de couverture en matière de prévoyance

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL ⁽¹⁾	
Franchise	En relais et en complément des obligations statutaires
Niveau	90 %
INVALIDITÉ PERMANENTE ⁽²⁾	
Agents affiliés à la CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité ≥ 50% ou agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou à l'IRCANTEC bénéficiant d'un taux d'invalidité ≥ 66% ou classés en invalidité de 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie : versement d'une rente	90 %
Agents affiliés à la CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité < 50% : versement d'une rente	$M = R \times I / 50 \%$ avec « M » pour montant de la rente versée « R » pour montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % « I » pour pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %)

(1) Prestations calculées sur la rémunération nette de référence (TI + NBI + RI) sous déduction des prestations statutaires (loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 et CNRACL) Maladie ordinaire, Longue maladie, Grave Maladie, Longue durée ou des prestations versées par tout autre régime obligatoire.

(2) Prestations calculées sur la rémunération nette de référence (TI + NBI + RI) sous déduction des prestations versées par la CNRACL ou par tout autre régime obligatoire.

1.1.2. Généralisation de l'adhésion obligatoire aux dispositifs de couverture des risques en matière de prévoyance

Cette couverture interviendra au moyen d'un contrat collectif à adhésion obligatoire.

1.1.3. Participation minimale de l'employeur

Le montant de la cotisation à payer au titre du contrat fera l'objet d'une participation minimale de l'employeur de 50 %, sur la base des garanties minimales définies au point 1.1.1. du présent accord.

1.1.4. Réexamen de l'accord en cas d'évolution des garanties statutaires

En cas d'évolution du niveau des garanties statutaires qui interviendrait postérieurement à la signature du présent accord, les parties s'engagent à le réviser dans un délai de 6 (six) mois à compter de la publication des dispositions portant évolution des garanties statutaires afin de tirer les conséquences, à niveau de maintien de rémunération inchangé, de la répartition entre la protection relevant de la norme statutaire et celle relevant de la prévoyance complémentaire.

1.1.5. Délai de mise en conformité avec les stipulations du présent accord en matière de prévoyance complémentaire

La mise en conformité avec les stipulations du présent accord en matière de prévoyance complémentaire devra intervenir :

- dès que possible et au plus tard le 1^{er} janvier 2025 pour les employeurs ne proposant pas actuellement de dispositif de participation au travers d'un contrat collectif à la date de l'entrée en vigueur de l'accord ;
- à l'échéance du contrat collectif en cours et au plus tard le 1^{er} janvier 2027 pour les employeurs proposant actuellement un dispositif de participation au travers d'un contrat collectif en cours d'exécution à la date d'entrée en vigueur de l'accord.

Le cas échéant, les dispositions transposant le présent accord encadreront les résiliations anticipées de contrats à intervenir.

1.2. Garanties minimales en matière de santé

1.2.1. Panier de référence

A la signature du présent accord, le panier de référence demeure celui fixé par le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022.

1.2.2. Participation minimale de l'employeur

A la signature du présent accord et dans l'attente de la mise en œuvre des stipulations du point 1.2.4. du présent accord, la participation minimale de l'employeur demeure celle fixée par le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022.

1.2.3. Mise en place d'un Fonds national de solidarité

Un Fonds national de solidarité est instauré au bénéfice des agents territoriaux actifs et retraités.

Il est financé par un prélèvement de 2 % sur les cotisations nettes de taxes acquittées dans le cadre des contrats de complémentaire santé individuels et collectifs faisant l'objet d'un subventionnement par les employeurs publics territoriaux.

Sa configuration (fonctionnement, gouvernance, etc.) sera définie dans le cadre prévu au point 1.2.4. du présent accord.

1.2.4. Dispositif de revoyure

Les parties au présent accord s'engagent à un dispositif revoyure qui a vocation à se substituer à celui prévu au II de l'article 8 du décret n° 2022-581 du 20 avril 2022.

Le cadre méthodologique de négociation et de travail collectif qui a prévalu au titre de l'accord de méthode conclu le 12 juillet 2022 sera reconduit.

A ce titre, les parties s'engagent à se rencontrer mensuellement entre janvier 2024 et juin 2025, sur la base du calendrier suivant :

- **1^{er} semestre 2024 :**

- Afin, au préalable, de partager un état des lieux de la situation de la couverture santé dans la fonction publique territoriale (données, couverture des agents, garanties couvertes, tarifs, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CMU-C et ACS), etc.) et de préparer les discussions à venir au titre de la revoyure proprement dite, les parties solliciteront du Gouvernement le lancement d'une mission nationale confiée, sur commande ministérielle, à une inspection générale et procéderont par ailleurs à la réalisation d'une étude auprès des collectivités territoriales et des agents dont la conduite sera conjointe entre les employeurs et organisations syndicales et dont les résultats seront également placés à la disposition des rapporteurs en charge de la mission précitée ;
- Les parties engageront des discussions en vue d'aboutir au plus tard au 30 juin 2024 à la configuration opérationnelle du Fonds national de solidarité, tel que prévu au point 1.2.3. du présent accord, qui pourrait être inspirée de l'accord interministériel conclu en matière de santé dans la fonction publique d'Etat (commission paritaire d'administration et accompagnement par un conseil) ;

- **2^{ème} semestre 2024 - 1^{er} semestre 2025 :**

Les parties s'engagent dans un dispositif de revoyure dont les objets de discussion seront les suivants :

- 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 et de la participation minimale ;
- la typologie des contrats ;
- les conditions d'adhésion ;
- la solidarité (cas des retraités notamment) ;
- et la portabilité.

2. Des dispositions nationales venant encadrer les pratiques contractuelles et les différents régimes de participation notamment au profit de la solidarité entre bénéficiaires

2.1. Renforcement du cadre de labellisation en matière de santé

2.1.1. Réduction des écarts de cotisations en fonction de l'âge

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue de porter à 2 (deux) le ratio maximal entre la cotisation hors participation due par l'adhérent de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par l'adhérent de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé, à charge de famille, catégorie statutaire et option de garanties identiques.

2.1.2. Encadrement des évolutions tarifaires en fonction de l'âge

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue d'interdire les augmentations tarifaires en fonction de l'âge à compter du départ en retraite d'agent.

2.2. Limitation des barrières à l'entrée des contrats collectifs de prévoyance afin de renforcer les solidarités entre agents

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue :

- d'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.
- d'encadrer la pratique des délais de carence ou de stages en matière de prévoyance en limitant leur durée à 3 (trois) mois.
- d'interdire la proratisation de l'indemnisation en fonction de la durée d'adhésion.
- de supprimer la possibilité de majorer les cotisations pour adhésion tardive.
- de prévoir que :
 - les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement et qui ne sont pas inscrits à celui-ci peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne pendant les 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ;
 - les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer sous réserve que leur inscription intervienne dans les 12 premiers mois qui suivent la date d'embauche ;
 - les agents en arrêt de travail peuvent adhérer au contrat dans les conditions prévues.

2.3. Renforcement de l'encadrement des évolutions tarifaires sur la durée des contrats collectifs en matière de santé et de prévoyance

2.3.1. Délai de prévenance avant l'échéance contractuelle en cas d'évolutions tarifaires

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue d'imposer un délai de prévenance minimal obligatoire de 6 (six) mois avant l'échéance contractuelle en cas d'évolutions tarifaires.

2.3.2. Modalités de résiliation et de préavis

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue de préciser les modalités de résiliation et de préavis des conventions de participation ainsi que des contrats d'assurances en mettant en place, pour l'organisme d'assurance et le souscripteur, un délai de préavis minimal de 6 (six) mois pour la résiliation des conventions de participation et des contrats d'assurances inhérents, afin d'être en capacité de relancer une consultation le cas échéant.

2.3.3. Plafonnement des évolutions tarifaires

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue de 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.

2.3.4. Conditions de dérogations au plafonnement des évolutions tarifaires

Il est recommandé de limiter, dans le cahier des charges des futurs contrats collectifs, les conditions de dérogations au plafonnement des évolutions tarifaires aux hypothèses suivantes et sur la base d'une rédaction qui pourrait être la suivante :

« Le dépassement des limites tarifaires prévues au présent cahier des charges n'est possible que dans les cas suivants :

1° *Aggravation de la sinistralité* : il est entendu 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.

2° *Variation du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs* : il est entendu 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 décembre de l'année précédente ;

3° *Évolutions démographiques* : il est entendu 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. »

2.4. Reporting annuel obligatoire des organismes d'assurances au titre du pilotage des contrats

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue d'instituer, pour les organismes d'assurances, une obligation réglementaire de transmissions des comptes de résultats des contrats complémentaires de prévoyance et de frais de santé de l'année n-1 avant le 30 juin de l'année n pour les contrats complémentaires de frais de santé et avant le 31 août de l'année n pour les contrats complémentaires de prévoyance.

Le niveau de reporting attendu pourrait être normé *a minima* par le cadre réglementaire et intégrer les données minimales 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 ;
- 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.

2.5. Fixation d'un cadre de provisionnement des risques en matière de prévoyance

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue de construire sur mesure des lois de maintien et de tables de mortalité, pour une parfaite adéquation avec les spécificités du statut de la fonction publique territoriale et une uniformisation des pratiques du marché en la matière.

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

Enfin, les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue de définir les obligations de provisionnement par les organismes d'assurances sur le modèle de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin ».

2.6. Encadrement des pratiques d'indemnisation en matière de prévoyance

2.6.1. Successions de contrats et changements d'organismes

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue de :

- de préciser le cadre applicable en matière d'indemnisation des rechutes selon le cas de figure, sur la base des dispositions suivantes :

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

- de déterminer la notion de rechute sur les plans médicaux et juridiques. La rechute devra être caractérisée par une expertise médicalement constatée par le médecin traitant de l'agent ou le conseil médical ;
- de préciser le cadre applicable en cas d'expertises médicales divergentes. En cas de refus de prise en charge par les deux organismes d'assurances, l'organisme d'assurance dont le contrat collectif est en cours d'exécution devrait 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 devrait lui rembourser les prestations versées à l'agent, à hauteur des prestations dues contractuellement par l'organisme d'assurance résilié ;

- de préciser le cadre applicable en matière d'indemnisation des passages en Longue Maladie (CLM) ou Longue Durée (CLD) à effet rétroactif selon le cas de figure, sur la base des dispositions suivantes :

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

2.6.2. Conditions d'indemnisation des arrêts de travail

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue :

- s'agissant des arrêts d'indemnisation des agents en fin de droits statutaires dans l'attente d'une décision du conseil médical, de reprendre, dans le décret de 2011, les dispositions de l'article 3 du décret du 20 avril 2022 qui prévoient que les garanties s'appliquent y compris « *en cas de mise en disponibilité d'office ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical [...]* ».
- face au refus d'assureurs d'indemniser l'agent, lorsque celui-ci déclare, dans le cadre d'une attestation ou d'un questionnaire médical, que l'arrêt de travail entraînant un passage à demi-traitement correspond à des problèmes de santé similaires survenus précédemment, de rendre l'indemnisation obligatoire par l'organisme d'assurance des arrêts de travail initiaux conformément au cycle statutaire ;
- d'interdire de soumettre l'indemnisation des agents adhérents à un questionnaire médical, aussi bien dans le cadre des contrats individuels labellisés que de celui des contrats collectifs ;

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

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

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

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

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue :

- 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 là même, la cotisation du contrat, 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 ;
- 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 au profit d'un régime transitoire : ces agents pourront bénéficier de la participation employeur soit pour poursuivre leur adhésion à leur éventuel contrat individuel labellisé de prévoyance complémentaire jusqu'à leur adhésion effective au contrat collectif de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire, soit adhérer à une option du contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire visant à reprendre le passif.

2.7. Renforcement de la vérification des critères de labellisation des contrats individuels au titre de la santé

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue :

- d'établir un contrôle périodique du respect des critères de solidarité par l'Autorité de contrôle prudentiel et réglementaire (ACPR) ;
- d'obliger les organismes d'assurances à communiquer les évolutions tarifaires annuelles des contrats labellisés aux agents en respectant un délai de prévenance de 4 (quatre) mois minimum.
- d'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) et à transmettre ces informations à la Direction générale des collectivités locales (DGCL) pour publication annuelle.

2.8. Précisions relatives à l'éligibilité ou non de différentes catégories d'agents

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue de 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.

S'agissant des agents à temps non complet / agents multi-employeurs / apprentis / agents des SPIC et des EPIC rattachés à la collectivité, l'adhésion sera possible tant en matière de prévoyance que de santé, tout en prévoyant une dérogation d'adhésion au caractère obligatoire de l'adhésion au titre des contrats de santé (comme dans le secteur privé).

S'agissant des agents de droit public des OPH, agents de droit privé des OPH, agents détachés, agents mis à disposition, les parties conviennent de maintenir le cadre actuel.

S'agissant des agents retraités, agents en disponibilité et agents en congé parental l'adhésion sera possible aux contrats de santé, mais sans participation de l'employeur. En ce qui concerne les contrats collectifs résultant de convention de participation à adhésion facultative ou à adhésion obligatoire, les parties conviennent de la nécessité de transposer les dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Évin », en vigueur dans le secteur privé (garanties identiques à celles des 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 1^{ère} année suivant le départ à la retraite, augmentation tarifaire de 25 % maximum la 2^{ème} année, et augmentation tarifaire de 50 % maximum la 3^{ème} année).

2.9. Souplesse accordée à la négociation collective locale pour fixer les critères de modulation de la participation

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue de prévoir la *faculté*, dans le cadre des accords locaux à intervenir dans les collectivités territoriales :

- de tenir compte de l'indice ou, plus largement, de la rémunération et des éléments concourant à sa détermination pour moduler leur participation, sans que cette modulation ne puisse aboutir à accorder à un agent une participation inférieure aux niveaux minimaux définis, pour la santé, au point 1.2.2. du présent accord et, pour la prévoyance, au point 1.1.3. du présent accord ;
- de déterminer le niveau de participation en pourcentage des cotisations s'agissant des accords locaux en matière de santé, le présent accord exprimant déjà en pourcentage des cotisations le niveau de participation minimale en matière de prévoyance ;
- de moduler le niveau de participation ainsi exprimé en pourcentage des cotisations selon le niveau de rémunération des agents, sans que cette modulation ne puisse aboutir à accorder à un agent une participation inférieure aux niveaux minimaux définis, pour la

santé, au point 1.2.2. du présent accord et, pour la prévoyance, au point 1.1.3. du présent accord.

2.10. Dispenses d'adhésion possibles, de droit ou relevant de la négociation collective

2.10.1. Facultés de dispense « de droit »

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue d'introduire des facultés de dispense au bénéfice des agents suivants :

- 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 ;
- 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 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 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 ») ;
- 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).
- 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.

2.10.2. Facultés de dispense relevant de la négociation collective locale

Les parties conviennent des facultés de dispense suivantes qui, pour être exercées par les agents, devront être expressément stipulées, en tout ou partie, dans l'accord collectif local conclu, sous peine de remise en cause du caractère obligatoire du contrat, et par conséquent du régime social de faveur inhérent :

- 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 dispenses 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.

2.10.3. Mesures transitoires pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire en matière de prévoyance

Les parties conviennent que l'adhésion concernera 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 là même, la cotisation du contrat, il convient de prévoir une disposition transitoire précisant que :

- 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.

2.10.4. Possibilité de couverture des agents en arrêts de travail

Le régime applicable aux agents concernés est celui exposé au 2^{ème} point du point 2.6.4. du présent accord.

2.10.5. Étalement du provisionnement inhérent à la reprise des risques en cours

S'agissant d'une première mise en place de contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire dans les collectivités territoriales, et afin de permettre la reprise des risques en cours à la date d'effet du contrat par les organismes d'assurances, les parties conviennent de la nécessité de mettre en place un mécanisme d'étalement sur 6 (six) ans du provisionnement inhérent aux risques en cours à la date d'effet du premier contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire.

Ainsi, les organismes d'assurances pourront répartir sur une période transitoire de 6 (six) ans au plus la charge que représente le provisionnement nécessaire à la couverture des risques en cours au 31 décembre précédant la mise en place par une collectivité territoriale d'un premier contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire.

Cette charge sera répartie au moins linéairement sur chacun des exercices de la période transitoire selon des modalités déterminées par avenant au contrat.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement d'un contrat pendant la période transitoire mentionnée au premier alinéa, l'organisme d'assurance poursuivra le versement des prestations immédiates ou différées acquises ou nées au jour de la résiliation ou du non-renouvellement et relatives aux risques en cours au 31 décembre précédant la mise en place par une collectivité territoriale d'un premier contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire. Dans ce cas, une indemnité de résiliation, égale à la différence entre le montant des provisions techniques permettant de couvrir intégralement les engagements et le montant des provisions techniques effectivement constituées, au titre des risques en cours au 31 décembre précédant la mise en place par une collectivité territoriale d'un premier contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire, sera due par le souscripteur.

Toutefois, cette indemnité n'est pas exigible si l'organisme d'assurance ne poursuit pas le maintien de cette couverture alors qu'un nouveau contrat est souscrit en remplacement du précédent et prévoit la reprise intégrale, par le nouvel organisme d'assurance, des engagements relatifs au maintien des garanties incapacité de travail - invalidité au titre des risques en cours au 31 décembre précédant la mise en place par une collectivité territoriale d'un premier contrat collectif de prévoyance complémentaire à caractère obligatoire.

Dans ce cas, la contre-valeur des provisions effectivement constituées au titre du maintien de cette garantie est transférée au nouvel organisme d'assurance.

2.11. Cadre juridique, fiscal et social de la participation de l'employeur aux contrats collectifs à adhésion obligatoire
--

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue :

- pour les contrats de frais de santé à adhésion obligatoire, de 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 ;
- de préciser les dérogations d'adhésions des familles afin de sécuriser juridiquement les dispositifs et les régimes associés.

2.11.1. Facultés de dispense « de droit » des ayants droit

Les parties au présent accord conviennent que soient prises les dispositions en vue d'introduire la possibilité, par exception, et sur demande écrite de l'agent, que les ayants droit d'un agent 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 »).

2.11.2. Facultés de dispenses des ayants droit relevant de la négociation collective locale

Les parties conviennent des facultés de dispense suivantes qui, pour être exercées par les agents, devront être expressément stipulées, en tout ou partie, dans l'accord collectif local conclu, sous peine de remise en cause du caractère obligatoire du contrat, et par conséquent du régime social de faveur inhérent.

Aussi, 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 devront 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. A défaut, les ayants droit concernés seront immédiatement affiliés au régime.

2.11.3. Définition du traitement social et fiscal des contributions employeurs aux régimes de prévoyance et de frais de santé

Les parties conviennent de la nécessité que soient prises les dispositions en vue :

- S'agissant des contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire, résultant de conventions de participation :
 - d'un alignement du traitement social sur le cadre en vigueur dans 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) ;
 - d'un alignement du régime fiscal pour les agents sur le cadre applicable aux salariés du 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).
 - d'un assujettissement dès le 1^{er} euro à la CSG et à la CRDS sans abattement, des contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance et/ou de frais de santé, selon les modalités suivantes selon la situation des agents ;
- S'agissant des contrats individuels labellisés, le caractère collectif ne peut être considéré comme respecté dans la mesure où la pluralité de contrats induit de fait une différenciation entre les prestations.

3. Des dispositions en matière de pilotage et de portage social des dispositifs de participation

3.1. Dispositif de pilotage au niveau national

Un Comité national de suivi de l'accord est institué.

Il est composé paritairemment, et dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts, des organisations syndicales représentatives au CSFPT (2 représentants par

organisation) et des représentants des associations d'employeurs territoriaux, signataires de l'accord.

Le Comité sera assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil expert indépendant.

Le Comité a pour mission de suivre l'application de cet accord. A ce titre, il opère un recensement et un recueil des difficultés d'application de l'accord. Le cas échéant, il détermine les suites à donner à ces signalements.

Le Comité peut se saisir de toute difficulté quant à la transposition normative du présent accord.

Le Comité se saisit de toute proposition d'évolution du présent accord.

Le Comité se dote d'un règlement intérieur qui définira ses modalités opérationnelles de fonctionnement (présidence, secrétariat, modalités de désignation d'un expert actuariaire indépendant, moyens de fonctionnement, etc.)

3.2. Dispositif de pilotage au niveau local (sous l'égide d'une seule collectivité ou d'un groupement de collectivités, soit entre elles, soit sous l'égide d'un ou de plusieurs centres de gestion)

Dans la mesure où les agents sont les souscripteurs des contrats et en sont en général les principaux contributeurs en termes de cotisations, les organisations syndicales qui les représentent ont vocation à participer à la fois aux étapes suivantes :

3.2.1. La négociation

Il s'agit de la période au cours de laquelle les organisations syndicales et employeurs tentent de trouver un terrain d'entente. Cette négociation, comme prévu par le décret n°2022-581 du 20 avril 2022, doit se dérouler selon les conditions fixées aux articles L. 221-1 à L. 227-4 et L. 827-2 du code général de la fonction publique (CGFP).

La négociation peut s'appuyer sur un accord de méthode préalable.

3.2.2. Le pilotage et le suivi

Il s'agit, dans le cadre des futurs comités de pilotage, d'une participation des organisations syndicales signataires à la définition du ou des cahiers des charges exprimant les besoins qui seront soumis aux futurs soumissionnaires ainsi qu'à la définition des conditions dans lesquelles l'attributaire du contrat sera sélectionné (notamment les critères de jugement des offres et leur pondération), sans préjudice des compétences des collectivités territoriales, de leurs établissements publics et des Centres de gestion mentionnées aux articles L. 827-1 à L. 827-12 du CGFP.

Les organisations syndicales signataires seront, selon une périodicité à déterminer par les accords locaux, associées au titre du suivi du ou des contrats sur l'ensemble de leur durée d'exécution.

A ce titre, elles seront destinataires de toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension de son évolution.

Pour ce faire, un comité de pilotage et de suivi paritaire, composé dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts est institué au niveau où sont signés les accords afin de pouvoir assurer un suivi régulier, au travers de points d'étape, sur les conditions d'application de l'accord au regard des objectifs assignés.

Il est composé :

- des représentants des organisations syndicales représentatives sur le périmètre de l'accord ;
- de l'employeur (le cas échéant) ou de représentants des employeurs.

Des comités distincts (d'une part pour la santé et d'autre part pour la prévoyance) peuvent être institués à la demande de l'employeur ou, au terme d'un accord majoritaire, des organisations syndicales signataires.

Les représentants du personnel ne peuvent être membres du comité que sur désignation expresse de leur organisation syndicale du niveau auquel s'est tenue la négociation.

Un règlement intérieur sera négocié et adopté. Il fixera des éléments tels que : présidence, fréquence des réunions, modalités de saisine, secrétariat, suivi et mise en œuvre des décisions, etc.).

Les missions du comité de pilotage et de suivi (notamment en matière d'évaluation, d'audit, de pilotage de la prévention et d'appréciation des évolutions tarifaires) feront l'objet de recommandations dans le cadre de la mise en œuvre du présent accord.

3.3. Particularité de la procédure initiée par un ou plusieurs centres de gestion (CDG)

Toutes les modalités du niveau local précédemment visées s'appliquent également dans cette hypothèse.

Le cas échéant, l'accord du CDG s'étend aux collectivités affiliées ou non affiliées et qui ont donné mandat au CDG.

Dans tous les cas, le CDG autorisé à négocier et à conclure l'accord détermine avec la ou les collectivités et établissements concernés les conditions de déroulement de la négociation ainsi que les modalités de conclusion de l'accord, dans les conditions prévues à l'article L. 224-3 du CGFP.

Afin de connaître la sinistralité existante et le nombre précis d'agents à couvrir sur le périmètre du contrat en vue de lancer la procédure de passation du contrat, il sera lancé une consultation auprès des collectivités concernées afin de connaître par leur retour leur intention ou non de rejoindre la procédure.

Les comités sociaux territoriaux (CST) des collectivités concernées seront consultés pour avis sur l'adhésion à la démarche initiée par le CDG.

La représentativité de chaque organisation syndicale sera calculée à l'échelle du périmètre du contrat en fonction des résultats obtenus lors des élections professionnelles. Les chiffres publiés par la DGCL permettront de calculer cette représentativité.

Un comité de pilotage et de suivi est créé dans les mêmes conditions que celles visées au point 3.2. du présent accord. Ses missions (notamment en matière d'évaluation, d'audit, de pilotage de la prévention et d'appréciation des évolutions tarifaires) feront l'objet de recommandations dans le cadre de la mise en œuvre du présent accord.

3.4. Formation des parties prenantes

Le présent accord devra donner lieu à la mise en place d'un dispositif de formation dédié à destination à la fois des représentants syndicaux, des employeurs et des agents.

Plus particulièrement, un dispositif spécifique de formation obligatoire en matière de pilotage et de gestion de la protection sociale complémentaire, à destination des agents, en particulier en charge des ressources humaines, sera mis en place.

Les employeurs et organisations syndicales auront vocation à participer à des formations communes, dans une optique d'acculturation partagée.

La construction du dispositif de formation entre employeurs et organisations syndicales devra consacrer une partie de son programme aux questions fondamentales de déontologie.

4. Stipulations générales

4.1. Mesures réglementaires et législatives de transposition de l'accord

Les parties entendent que les évolutions réglementaires et législatives induites le cas échéant par le présent accord donnent lieu à la prise des dispositions correspondantes dans un délai de 6 (six) mois suivant sa signature.

4.2. Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

4.3. Règles de révision et de dénonciation de l'accord

Le présent accord pourra être révisé et dénoncé selon les dispositions en vigueur prévues par la loi à la date de révision ou de dénonciation.

Fait à Paris, le 11 juillet 2023

Les organisations syndicales

Pour la Confédération
générale du travail (CGT)

Pour la Confédération française
démocratique du travail (CFDT)

Pour Force ouvrière (FO)

Pour l'Union nationale des
syndicats autonomes (UNSA)

Pour la Fédération autonome de
la fonction publique territoriale
(FA-FPT)

Pour la Fédération syndicale
unitaire (FSU)

Les représentants des employeurs territoriaux, membres de la Coordination des employeurs publics territoriaux

Pour l'Association des Maires
de France (AMF)

Pour l'Association des maires
ruraux de France (AMRF)

Pour l'Association des petites
villes de France (APVF)

Pour Départements de France

Pour la Fédération nationale
des centres de gestion
(FNCDG)

Pour France Urbaine

Pour Intercommunalités
de France

Pour Régions de France

Pour Villes de France

Philippe LAURENT
Porte-parole de la
Coordination des employeurs
territoriaux

Actualité de la PSC

Le 1 juillet dernier l'ensemble des syndicats représentatifs et les employeurs territoriaux ont signé un accord **sur** la protection sociale complémentaire.

Pour rappel, La réforme de la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique territoriale, initiée par l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021, place la couverture des risques prévoyance et santé des agents au premier plan de la responsabilité des employeurs publics territoriaux :

- à compter du 1er janvier 2025 pour le risque prévoyance,
- à compter du 1er janvier 2026 pour les frais de santé.

L'accord améliore notamment la prise en charge de la cotisation prévoyance par l'employeur. Les textes prévoient une part de cotisation de 20%, le résultat de la négociation en Fonction publique territoriale la fixe à 50% de la cotisation prévoyance effectivement versée par les agent.e.s (et pas **seulement** 50% du montant de référence de 35 euros).

L'accord fait également progresser la couverture des agents en imposant le maintien de 90% des revenus alors que l'ordonnance indique « 90% du régime indiciaire et 40% des primes ».

Alors que l'accord du 11 juillet 2023 marque des avancées réelles les incertitudes sur sa transcription normative apparaissent.

En effet lors de la séance plénière du CSFPT du 20 décembre 2023 la DGCL a indiqué que la transcription législative notamment posait des **questions** juridiques.

Les signataires, syndicats et employeurs sont d'accord pour juger **qu'il est inconcevable que cet accord historique ne soit pas retranscrit dans les textes dans sa globalité**. L'Etat dévalorise le dialogue social en ne respectant pas ses engagements et en bloquant un accord unanime des partenaires sociaux permettant de réelles avancées au bénéfice des agent.e.s.

Un courrier intersyndical a été envoyé au ministre Guerini qui a assuré que l'accord serait intégré à un prochain projet de loi Fonction publique. Or ce texte prévu au premier trimestre 2024 est désormais repoussé au second semestre !

En attendant la DGCL a proposé un calendrier de travail s'étalant jusqu'en juillet afin de trouver des solutions permettant de retranscrire chaque article.

Ce calendrier est problématique par rapport à la mise en œuvre du volet prévoyance au 1^{er} janvier 2025 **car** de nombreuses collectivités sont déjà en train de négocier les futurs contrats. Certaines font le choix d'anticiper les termes de l'accord, d'autres ne le prennent pas en compte. Il est essentiel de négocier l'intégration des avancées **de** l'accord lors de la construction des appels d'offres de vos collectivités.

Deux premières réunions de travail ont eu lieu le 31 janvier et le 15 février auxquelles les représentants FSU au CSFPT ont participé.

En parallèle du volet prévoyance, des réunions entre les organisations syndicales et les employeurs se mettent en place pour discuter du volet santé de l'accord.

Formation du 26 mars 2024 à Bagnolet

L'objectif est de permettre aux syndicats locaux du SNUTER de maîtriser les éléments de la négociation avec les employeurs pour la mise en œuvre dans les collectivités des volets prévoyance et santé de la PSC, selon les principes de l'accord du 11 juillet 2024.

Les procédures, cahier des charges, points de négociation seront abordés.

Protection Sociale Complémentaire : des avancées à concrétiser

Le 11 juillet 2023, la FSU, avec l'ensemble des organisations nationales représentatives, a signé l'Accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux, proposé par les employeurs territoriaux. Cet accord constitue le cadre minimal à partir duquel les négociations locales se dérouleront en 2024.

Il fait suite à l'ordonnance de juillet 2021, rendant obligatoire la participation des employeurs territoriaux à la protection sociale complémentaire des agents, qui fixait la participation en santé à 50% du montant de la cotisation, et à 20% pour la prévoyance. L'accord national prévoit d'augmenter à 50% la participation de l'employeur à la prévoyance, avec une garantie minimale de maintien de 90% du salaire net, en cas de longue maladie ou d'invalidité.

Un engagement civique issu de l'histoire

Le mouvement mutualiste plonge ses racines dans la rudesse de l'histoire sociale du XIXe siècle. Face à la misère de masse et à l'incurie des gouvernements, les citoyens s'associent pour créer les premiers organismes de solidarité. Mais, au début du XXe siècle, les réformes européennes menacent un modèle mutualiste pourtant efficace. (voir l'article du Monde diplomatique <https://www.monde-diplomatique.fr/2011/03/SAMMUT/20237>)

Le SNUTER et la FSU revendiquent le « 100% sécu », c'est-à-dire une prise en charge totale des frais de santé par la caisse d'assurance-maladie. Pour autant, il est nécessaire dans le contexte actuel d'œuvrer à l'amélioration des dispositifs existants, sans que ce soit contradictoire avec nos revendications de fond.

De quoi parlons-nous ?

La protection sociale recouvre les risques santé et prévoyance : concrètement elle intervient en complément des remboursements de soins effectués par l'assurance maladie (occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident) et couvre les risques liés à l'incapacité temporaire de travail et à l'invalidité en complément des garanties statutaires.

La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire est possible depuis le 31 août 2012.

Le nouveau dispositif, issu d'une ordonnance du 17 février 2021 instaure pour les employeurs territoriaux la double obligation de financer à hauteur minimale de 50 % d'un montant de référence les contrats de complémentaire santé souscrits par leurs agents, ainsi que de participer à la garantie du risque prévoyance.

Le décret. n°2022-581 du 20 avril 2022 précise les garanties minimales prévues par les contrats ainsi que les modalités de participation des collectivités à leur financement :

- soit en concluant une **convention de participation** avec un opérateur, après une procédure de mise en concurrence afin de sélectionner une offre ; chaque adhésion à cette offre fera alors l'objet d'une participation financière de la collectivité (art. L. 827-6 code général de la fonction publique)
- soit en accordant une participation financière aux agents ayant souscrit un contrat qui a fait l'objet, au niveau national, d'une procédure de **labellisation** (art. L. 827-4 code général de la fonction publique).

Cette participation ne peut concerner que les contrats de protection sociale complémentaire qui répondent à des critères sociaux de solidarité (art. L. 827-3 code général de la fonction publique).

L'accord dans la fonction publique territoriale du 11 juillet 2021

L'accord prévoit d'augmenter à 50% la participation de l'employeur à la prévoyance, avec une garantie minimale de maintien de 90% du salaire net, en cas de longue maladie ou d'invalidité et comporte des garanties "socle" en matière de santé.

Ces avancées revêtent une importance particulière dans le contexte actuel qui tend à augmenter la durée du travail, avec la mise en oeuvre de la loi dite de « transformation de la Fonction publique » dans le versant territorial, puis avec la réforme des retraites passée en force par le gouvernement, qui repousse de deux ans l'âge légal de départ.

Le Gouvernement doit désormais transposer les dispositions de l'accord dans la loi et la réglementation pour le rendre effectif.

Lors du dernier bureau du CSFPT qui s'est tenu le mercredi 6 septembre dernier, M. BERNARD de la DGCL, est intervenu concernant le dossier de la PSC. Il a indiqué que le protocole signé en juillet 2023 était en droite ligne de l'esprit des accords de Bercy signés le 2 juin 2008 par six des principales organisations syndicales, visant à rénover le dialogue social dans la Fonction publique française. Il a confirmé, ce que nous savions déjà : que cet accord historique présente des avancées importantes dont certaines devraient rapidement trouver leur traduction statutaire. C'est semble-t-il l'engagement du gouvernement, par contre d'autres mesures nécessitent des modifications législatives et là, la question est du ressort de la représentation nationale.

Dans nos collectivités : nous aurons à mener la négociation !

L'accord national du 11 juillet servira de cadre aux négociations locales : les employeurs territoriaux ne pourront, dans les accords locaux, proposer des garanties inférieures à ce que l'accord national prévoira.

Le processus (ordonnance du 24 février 2021)

- Organisation d'un débat au sein de l'assemblée délibérante (en principe dans les 6 mois du renouvellement général de 2020...)

Recherche d'un accord en CST ou par le biais de l'ordonnance sur la négociation collective. C'est le décret n°2021-904 du 7 juillet 2021 relatif aux modalités de la négociation et de la conclusion des accords collectifs dans la fonction publique qui précise les conditions d'application de l'ordonnance.

Rappel du calendrier légal :

01/01/2025 pour la participation financière en prévoyance

01/01/2026 pour la participation financière en complémentaire santé

Défense de la labellisation pour la complémentaire santé

Pour les employeurs, il y a un avantage concurrentiel en faveur du contrat collectif à adhésion obligatoire pour la complémentaire santé puisqu'il est exonéré des contributions sociales pour les employeurs et de l'IR et des cotisations sociales pour les sommes ainsi perçues par les agent.es.

Mais, rien n'empêche le législateur d'autoriser la déductibilité fiscale pour les contrats labellisés, comme c'est le cas pour les contrats individuels des indépendants.

De nombreuses batailles restent à mener

La FSU Territoriale continue à revendiquer la prise en charge des soins à 100% par la sécurité sociale et dénonce les attaques subies par le régime général au bénéfice de la privatisation de la santé. Pour autant, les dispositions contenues dans l'accord constituent un progrès immédiat obtenu pour les agent.es dans le cadre actuel, en particulier sur le volet prévoyance qui offrira aux agents les plus en difficulté un filet de sécurité solide.

Cet accord, s'il acte des avancées, n'épuise pas les nombreuses batailles qui restent à mener sur la prévention des risques et l'amélioration des conditions de travail. La FSU Territoriale continue à lutter au quotidien sur ces sujets, tant au plan national que local. Ces avancées devront être a minima concrétisées dans chaque collectivité, elles devront partout où cela est possible, être améliorées notamment par la concertation, la négociation.

Les deux volets de la protection sociale complémentaire :

- Le risque santé qui couvre par le biais d'une complémentaire santé le remboursement complémentaire à la prise en charge par la sécurité sociale des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, afin de diminuer le reste à charge de l'assuré.
- Le risque prévoyance ou garantie maintien de salaire. La garantie prévoyance permet aux agents de se couvrir contre les pertes de salaires liées à la maladie, invalidité, accident non professionnel, inaptitude... en leur assurant un maintien de rémunération et/ou de leur régime indemnitaire en cas d'arrêt de travail prolongé. Pour rappel, au-delà de trois mois d'arrêt pour maladie ordinaire, l'agent concerné perd la moitié de son salaire et, au-delà de douze mois, la totalité.

La participation de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire des agents territoriaux après l'accord collectif national du 11 juillet 2023

Qu'est-ce que la PSC ?

- **La protection sociale statutaire** est prévue par la loi n° 83-634 du 13 juillet, dont l'article 21 dispose que « les fonctionnaires ont droit à des congés pour raison de santé ; des congés de maternité et des congés liés aux charges parentales ».
- **La protection sociale complémentaire** est une couverture sociale qui **vient en complément** de celle prévue par le statut de la fonction publique et de celle de la sécurité sociale.
- Il s'agit d'un **mécanisme d'assurance** qui permet aux agents de faire face aux conséquences financières des risques « prévoyance » et/ou « santé ».

Qu'est-ce que la PSC ?

LES DEUX VOLETS DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE :

→ protection sociale complémentaire du risque « santé »

→ protection sociale complémentaire du risque « prévoyance »

Qu'est-ce que la PSC ?

- **Le risque santé** concerne les frais médicaux occasionnés par une **maladie**, une **maternité** ou un **accident**. **La PSC intervient** en complément de la sécurité sociale afin de diminuer le reste à charge de l'assuré.
- **Le risque prévoyance ou garantie maintien de salaire***. La garantie prévoyance permet aux agents de se couvrir contre les pertes de salaires liées l'**incapacité de travail**, l'**invalidité**, l'**inaptitude** ou le **décès** en leur assurant un maintien de rémunération et/ou de leur régime indemnitaire en cas d'arrêt de travail prolongé.

* Pour rappel, au-delà de trois mois d'arrêt pour maladie ordinaire, l'agent concerné perd la moitié de son salaire et, au-delà de douze mois, la totalité.

Qu'est-ce que la PSC ?

- Facultative mais possible depuis 2012, la participation de l'employeur à la protection sociale complémentaire est aujourd'hui **obligatoire** à la suite de l'**ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021**, prise en application de l'article 40 de la loi de transformation de la fonction publique.
- Le nouveau dispositif instaure pour les employeurs dans la FPT **une double obligation** sur le risque santé et les risques liés à la prévoyance.

L'entrée en vigueur du dispositif

- **Ces nouvelles mesures entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022** mais des dispositions transitoires sont prévues :
 - ▣ lorsqu'une convention de participation est en cours au 1^{er} janvier 2022, les nouvelles dispositions sont applicables à compter du terme de cette convention.
 - ▣ en l'absence de convention :
 - les dispositions relatives aux garanties du risque **santé** sont applicables à compter du **1^{er} janvier 2026**.
 - les dispositions relatives aux garanties du risque **prévoyance** sont applicables à compter du **1^{er} janvier 2025**.

Le principe de la participation de l'employeur

- **Les bénéficiaires** de la participation sont :
 - les fonctionnaires,
 - les agents contractuels de droit public,
 - les retraités.
- Peuvent également bénéficier de cette participation d'autres agents employés par les collectivités.
- Pour les retraités, la convention de participation à laquelle ils peuvent adhérer est celle conclue par leur dernière collectivité ou établissement.

Le principe de la participation de l'employeur

- **En santé, les garanties** sont au minimum celles définies par le code de la sécurité sociale qui comprennent la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes :
 - la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale ;
 - le forfait journalier d'hospitalisation ;
 - les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

Le principe de la participation de l'employeur

- **En prévoyance**, les garanties minimales applicables sont les suivantes:

Incapacité temporaire de travail	Invalidité
90% du traitement indiciaire+ NBI 40% du régime indemnitaire	90% du traitement net

- Mais la mise en œuvre est différente selon le régime d'affiliation des agents :
 - fonctionnaires affiliés à la CNRACL;
 - fonctionnaires à temps non complet relevant du régime général;
 - agents contractuels de droit public affiliés au régime général

Le principe de la participation de l'employeur

- et des **dispositifs applicables en matière de protection sociale statutaire**. Ceux-ci dépendent :
 - du type de congé (maladie ordinaire, CLM, CLD),
 - de la position (disponibilité d'office pour raisons de santé ou en attente de réintégration pour les fonctionnaires),
 - de la durée de prise en charge par l'employeur ou la sécurité sociale,
 - du niveau ou du taux d'incapacité pour la garantie invalidité.

Le principe de la participation de l'employeur

- Le décret n° 2022-581 définit les **montants de référence** et les **garanties minimales des contrats** comme suit :
 - ▣ **Santé** : la participation mensuelle ne peut être inférieure à 50% du montant de référence fixé à **30 euros**, soit 15 euros minimum.
 - ▣ **Prévoyance*** : la participation mensuelle ne peut être inférieure à 20% du montant de référence fixé à **35 euros**, soit 7 euros minimum.

*Il s'agit d'une obligation propre à la FPT, la participation de l'employeur à la garantie prévoyance dans la fonction publique d'Etat et la fonction publique hospitalière n'étant que facultative

Le principe de la participation de l'employeur

Débat sur la PSC

- Les assemblées délibérantes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics doivent, dans les six mois suivant leur renouvellement général, organiser un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire (art. L. 827-12 code général de la fonction publique).

Le principe de la participation de l'employeur

Négociation collective avec accord majoritaire

- Lorsqu'un accord valide intervenu au terme d'une négociation prévoit la souscription par un employeur public d'un **contrat collectif** pour la couverture complémentaire de tout ou partie des risques santé, cet accord peut prévoir :
 - ▣ la participation obligatoire de l'employeur au financement des garanties destinées à couvrir également tout ou partie des risques prévoyance,
 - ▣ la **souscription obligatoire** des agents à tout ou partie des garanties que le contrat collectif comporte.

Les modalités de sélection des garanties

- Afin d'assurer à leurs agents la couverture complémentaire de l'un ou l'autre ou des deux risques visés, les employeurs territoriaux peuvent participer :
 - ▣ à des **contrats labellisés** souscrits directement par les agents,
 - ▣ ou aux contrats conclus sur la base d'une **convention de participation** par l'employeur.
- Ces contrats doivent :
 - ▣ être conformes à des conditions prévues par le **code de la sécurité sociale**,
 - ▣ garantir la mise en œuvre de **dispositifs de solidarité** entre les bénéficiaires, notamment en faveur des retraités et des familles.

Les modalités de sélection des garanties

La labellisation

- Les collectivités et leurs établissements peuvent apporter leur participation à des contrats et règlements de protection sociale complémentaire préalablement labellisés.
- Des organismes « certificateurs », agréés par l'ACPR*, sont chargés de labelliser les contrats en fonction du respect des critères définis par le décret.
- La liste actualisée des contrats labellisés est consultable sur le site <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/fonction-publique-territoriale/protection-sociale-complementaire>

* Autorité du Contrôle Prudentiel et de Résolution chargé de l'agrément et du contrôle des établissements bancaires et des organismes d'assurance

Les modalités de sélection des garanties

La convention de participation

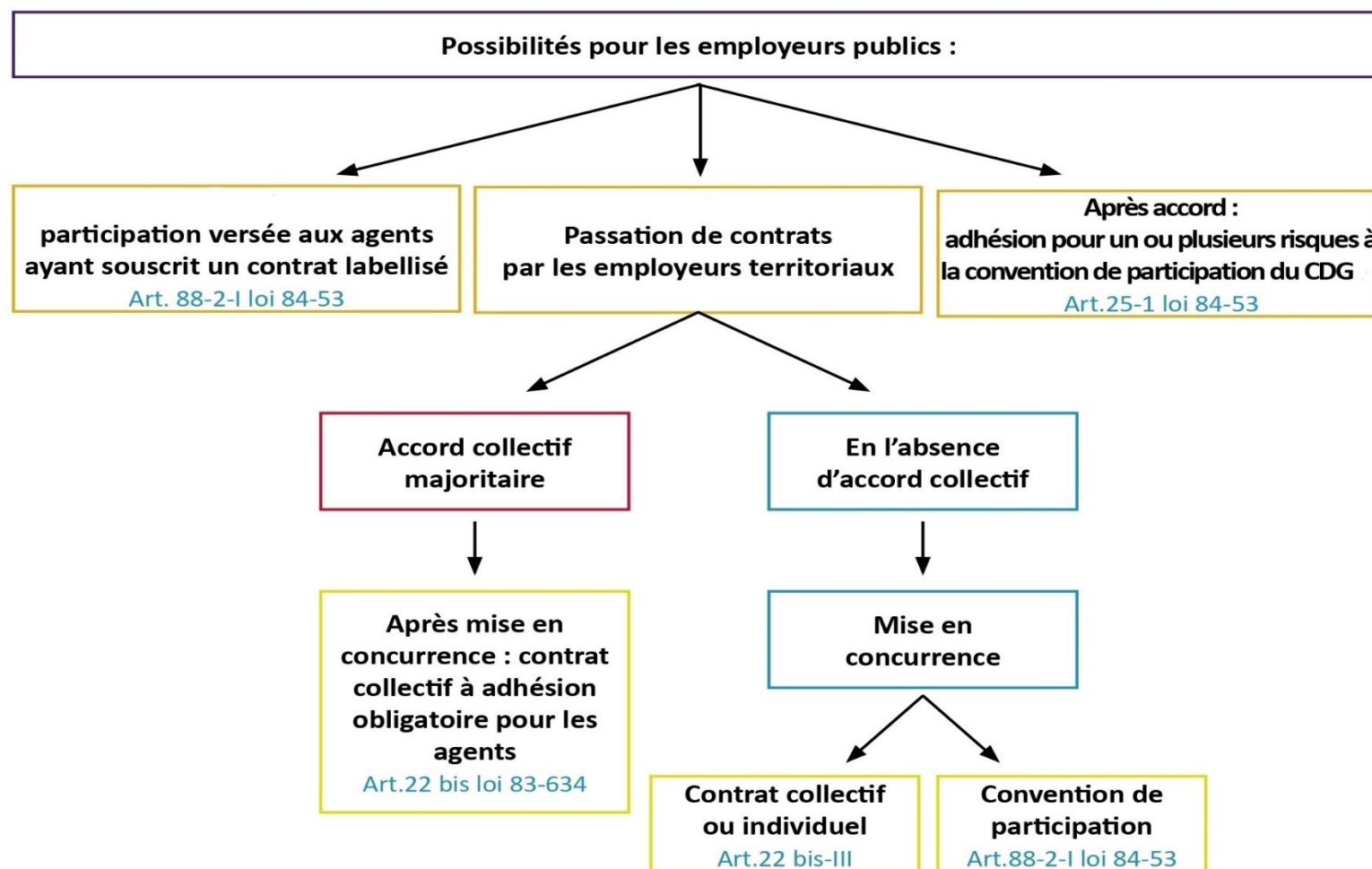
- Les Collectivités peuvent faire le choix d'apporter leur participation à des contrats pour lesquels ils ont conclu une convention de participation avec une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise d'assurance.
- Cette convention peut couvrir l'un ou l'autre ou l'ensemble des risques en matière de santé et de prévoyance.
- Elle intervient à l'issue d'une procédure de mise en concurrence permettant de vérifier que les dispositifs de solidarité sont mis en œuvre.
- Pour les agents, l'adhésion est individuelle et facultative mais dans le cadre de la convention, la collectivité ne peut verser d'aide qu'aux agents ayant adhéré à ce contrat

Les modalités de sélection des garanties

L'adhésion aux conventions de participation souscrites par les CDG

- Les centres de gestion doivent dorénavant conclure pour le compte des collectivités situés dans leur ressort géographique des conventions de participation
- Les collectivités ont la possibilité d'adhérer à ces conventions, pour un ou plusieurs des risques que ces conventions sont destinées à couvrir
- Pour les agents, les conditions d'adhésion sont similaires : l'adhésion est individuelle et facultative mais dans le cadre de la convention, la collectivité ne peut verser d'aide qu'aux agents ayant adhéré à ce contrat

Les modalités de sélection des garanties



Les modalités de sélection des garanties

Principes de solidarité, de non-discrimination et de responsabilité

- Quelle que soit la procédure choisie, convention de participation ou labellisation, le dispositif faisant l'objet d'une participation de l'employeur doit respecter certains principes de solidarité, de non-discrimination et de responsabilité.
- De plus, pour être dit « responsable », les contrats doivent respecter un certain nombre de critères fixés par décret. Ces contrats visent à responsabiliser les Français dans leurs dépenses de santé.

L'accord collectif national du 11 juillet 2023

- L'objet de cet accord signé entre les employeurs territoriaux et les organisations syndicales représentatives au CSFPT est de **poursuivre et d'approfondir l'ambition de la réforme par la négociation collective, au-delà de ce qui est prévu par le décret n°2022-581 du 20 avril 2022.**

L'accord collectif national du 11 juillet 2023

En prévoyance

- L'accord prévoit **d'augmenter à 50% la participation de l'employeur**, avec une garantie minimale de maintien de **90% du salaire net**, en cas de longue maladie ou d'invalidité. Il prévoit également la **généralisation de l'adhésion obligatoire** aux dispositifs pour les risques couverts par ce type de contrat.
- Pour les employeurs ne proposant pas un tel dispositif à la date de l'entrée en vigueur de l'accord, le délai de **mise en conformité** doit intervenir dès que possible et au plus tard le **1er janvier 2025**

L'accord collectif national du 11 juillet 2023

En santé

- Le panier de référence et le montant minimum de la participation de l'employeur demeurent ceux fixés par le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 (à savoir 50% du montant de référence fixé à **30 euros**, soit 15 euros minimum)
- Toutefois, les partenaires sociaux se sont engagés sur un **procédé de revoyure**. Entre 2024 et l'été 2025, ils se retrouveront tous les mois pour partager un état des lieux de la situation de la couverture santé dans la fonction publique territoriale.
- Puis, dans un second temps, pour définir les contours du dispositif portant sur les **garanties minimales du panier de soins**, les typologies des contrats ou encore le montant de participation minimale.

L'accord collectif national du 11 juillet 2023

Cet accord fixe un cadre de référence aux négociations locales à venir

- Lors de la dernière réunion de bureau du CSFPT, le représentant de la DGCL a indiqué que le protocole signé en juillet était en droite ligne dans l'esprit des **accords de Bercy de 2008** visant à rénover le dialogue social dans la Fonction publique.
- Il a indiqué que cet accord présente des avancées dont certaines devraient rapidement trouver leur traduction statutaire mais aussi confirmé que certaines mesures nécessitent des **modifications législatives**.

L'accord collectif national du 11 juillet 2023

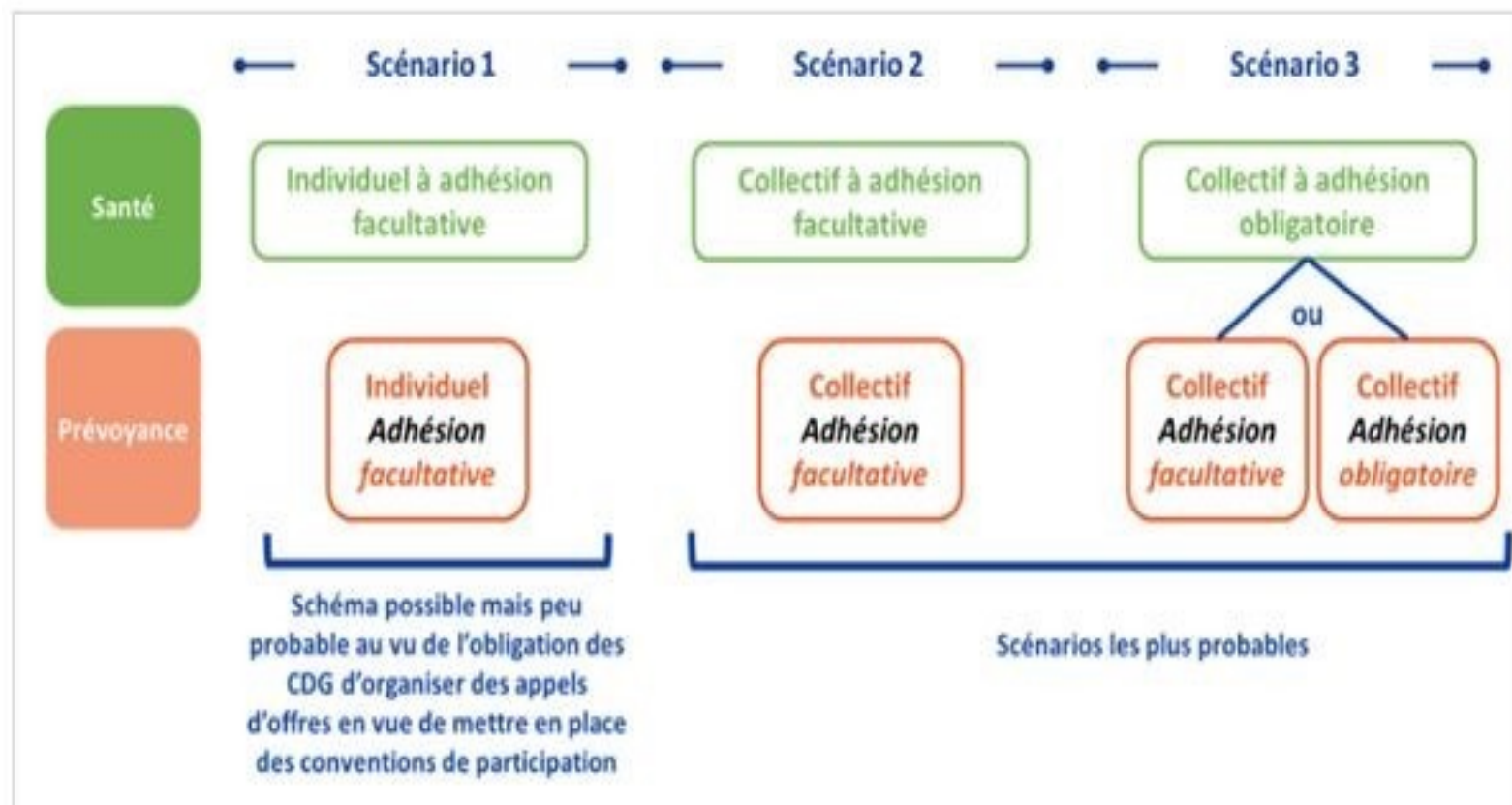
Dans nos collectivités : nous aurons à mener la négociation !

- L'accord du 11 juillet servira de cadre aux négociations locales. Les employeurs territoriaux ne pourront pas, dans les accords locaux, proposer des garanties inférieures à ce que l'accord national prévoira.
- Il sera nécessaire de rechercher un accord en CST ou par le biais de l'ordonnance sur la **négociation collective**. C'est le décret n°2021-904 du 7 juillet 2021 relatif aux modalités de la négociation et de la conclusion des accords collectifs dans la fonction publique qui précise les conditions d'application de l'ordonnance.

Les scénarios les plus probables

- Il est probable que **l'option du contrat collectif** (*à adhésion facultative comme aujourd'hui ou obligatoire en cas d'accord majoritaire des partenaires sociaux*) **tende à se généraliser, en santé comme en prévoyance**.
- Les communes ou établissements au faible nombre d'agents donneront, pour la très grande majorité, **mandat au CDG** de leur département pour organiser les procédures de mise en concurrence, les autres resteront en labellisation.
- Les collectivités de plus grande taille pourraient quant à elle organiser elles-mêmes ces **appels d'offres** ou rester en labellisation.

Les scénarios les plus probables



Notre position syndicale

- Au niveau fédéral, la FSU défend le principe fondamental de la Sécurité sociale qui consiste à « **cotiser selon ses moyens et à recevoir selon ses besoins** ».
- Pour la FSU, cette réforme introduit des éléments de redéfinition de la protection sociale qui ne répondent pas à son **horizon revendicatif du 100% sécu** et qui ne dessinent pas a priori les contours d'un modèle fondé sur un haut niveau de solidarité entre chacun·es, actif·ves ou retraité·es, selon ses revenus, et hors de toute logique marchande, de concurrence ou de profit.
- Elle a réaffirmé au congrès de Metz, dans le prolongement de ses mandats antérieurs, la nécessité de créer les conditions d'une assurance maladie obligatoire qui rembourse 100% des soins médicaux prescrits.

Notre position syndicale

- Le SNUTER revendiquent également le « 100% sécu », c'est-à-dire une prise en charge totale des frais de santé par la caisse d'assurance-maladie. Pour autant, **il est nécessaire dans le contexte actuel d'œuvrer à l'amélioration des dispositifs existants**, sans que ce soit contradictoire avec nos revendications de fond.
- C'est le sens du communiqué de presse sur l'accord collectif national du 11 juillet dans lequel il est affirmé : « **La FSU Territoriale continue à revendiquer la prise en charge des soins à 100% par la sécurité sociale** et dénonce les attaques subies par le régime général au bénéfice de la privatisation de la santé ».

Notre position syndicale

- « Pour autant, **les dispositions contenues dans l'accord constituent un progrès immédiat** obtenu pour les agent.e.s dans le cadre actuel, en particulier sur le volet prévoyance qui offrira aux agents les plus en difficulté un filet de sécurité solide ».
- « Cet accord, s'il acte des avancées, n'épuise pas les nombreuses batailles qui restent à mener sur la prévention des risques et l'amélioration des conditions de travail. **Ces avancées** devront être a minima concrétisées dans chaque collectivité, elles **devront partout où cela est possible, être améliorées notamment par la concertation, la négociation** ».

Notre position syndicale

Le SNUTER se positionne en défense de la labellisation pour la complémentaire santé

- Pour les employeurs, il y a un **avantage concurrentiel en faveur du contrat collectif à adhésion obligatoire** pour la complémentaire santé puisqu'il est exonéré des contributions sociales pour les employeurs et de l'IR et des cotisations sociales pour les sommes ainsi perçues par les agent.e.s.
- Mais rien n'empêche le législateur d'autoriser la **déductibilité fiscale pour les contrats labellisés**, comme c'est le cas pour les contrats individuels des indépendants.

Actualité de la PSC dans la FPE

- La négociation sur le volet santé a eu lieu, un accord interministériel a été signé à l'unanimité le 26 janvier 2022, constituant un régime obligatoire. **Aujourd'hui c'est le volet prévoyance qui est en discussion.**
- Les dispositions de l'accord proposé concernent certes les seuls agents de l'Etat mais ont une relation indirecte sur le versant territorial. En effet **des dispositions statutaires complémentaires sont prévues pour les CLM, CLD et l'invalidité**, applicables au seul versant Etat, sans transposition prévue à la FPT et à la FPH.

Actualité de la PSC dans la FPE

- La FSU a revendiqué la transposition de ces dispositions à l'ensemble des agents des trois versants de la fonction publique. En réponse à un courrier qui abordait ce point, **le ministre a excipé de l'accord du 11 juillet dans la FPT en renvoyant à la notion d'accord et non de dispositions statutaires.**
- La FSU s'est positionnée en faveur de cet accord lors de son CDFN du 18 octobre. **La signature majoritaire de l'accord est intervenue le 20 octobre**, seul FO s'est positionnée en contre sur les sept OS représentatives.
- Application de l'accord pour le 1^{er} janvier 2025 (comme dans la FPT) ou au plus tard à la date d'échéance des contrats référencés existants.