

Foire aux questions (MAJ 04/10/ 2023)

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ / PRÉVOYANCE

1. Que disent les textes relatifs à la PSC ?

Les articles L.827-1 et suivants du CGFP rendent obligatoire la participation employeur à la protection sociale complémentaire avec une prise d'effet au 1er janvier 2025 pour la prévoyance et au 1er janvier 2026 pour la complémentaire santé.

Le décret n°2022-581 est venu préciser que les montants minimums seraient de 7€ brut par mois et par agent pour la prévoyance et 15€ brut par mois et par agent pour la santé. Le décret a également précisé les garanties minimales éligibles à la participation employeur. En matière de prévoyance, les contrats devront désormais couvrir au moins 90% du traitement et 40% du régime indemnitaire en cas d'incapacité et 90% du traitement en cas d'invalidité pour être éligible à la participation de l'employeur.

Les montants de participations et les garanties minimales font l'objet de nouvelles négociations au niveau national cette année pour la prévoyance et en 2024 pour la santé.

2. Comment participer à la mutuelle et/ou la Prévoyance de mes agents ?

Les collectivités doivent participer mais ont le choix entre les modes de participations suivants :

- ✓ Labellisation : l'agent souscrit à titre individuel à un contrat labellisé
- ✓ Convention de participation à adhésion facultative : la collectivité met en place une convention de participation à adhésion facultative ou intègre celle mise en place par le CDG de son département. Ces conventions ont une durée de 6 années
- ✓ Contrat collectif à adhésion obligatoire : la collectivité, après accord collectif avec les organisations syndicales majoritaires, met en place un contrat collectif à adhésion obligatoire des agents

Ces modes de participations sont exclusifs les uns des autres, si la collectivité adhère à la convention de participation à adhésion facultative du CDG01, elle ne pourra pas participer en labellisation et inversement. La procédure de passation de la convention de participation à adhésion facultative est encadrée par le décret n°2011-1474.

3. Si la collectivité finalement ne trouve pas d'intérêt à adhérer l'adhésion à la convention, peut-elle alors revenir sur son choix et opter pour la labellisation ?

A l'issue de l'appel à concurrence, la collectivité est libre de ne pas souscrire à la proposition retenue par le CDG 01.

4. En tant qu'employeur, ai-je l'obligation de participer à la couverture de mes agents et si oui pour quel montant ?

Les employeurs qui adhèrent à la ou les convention(s) de participation ont l'obligation de participer mensuellement à la (ou les) couverture(s) de leurs agents en protection sociale complémentaire. La participation est dans son principe fixée librement par l'employeur.

La participation doit être conforme aux montants minimums réglementaires dès lors qu'ils sont en vigueur (7 € par mois en 2025 pour la couverture prévoyance / 15 € par mois en 2026 pour la couverture santé). Ces montants minimums sont susceptibles d'évoluer.

Si votre collectivité était déjà adhérente à une convention de participation au 01/01/2022, la collectivité se doit de respecter les minimums réglementaires (7 € par mois en prévoyance et 15 € par mois en santé) dès le terme de cette convention et à la date de prise d'effet choisie pour l'adhésion à une convention de participation du CDG01.

La participation versée à chaque agent ne peut excéder le montant de sa cotisation.

Attention : les règles de participation pour la fonction publique territoriale sont différentes de celles appliquées à la fonction publique d'Etat ou à des entreprises privées (50% de la cotisation).

5. La participation peut-elle être modulée ?

La participation peut être modulée dans un but d'intérêt social, en fonction de la situation familiale de l'agent ou de sa rémunération. Aucune autre modulation n'est possible.

6. Quel montant pour les agents à temps non complet

Aucune disposition réglementaire ne prévoit expressément la possibilité de moduler la participation des employeurs selon le temps de travail de l'agent.

Dès lors, sauf décision contraire de la collectivité, les agents employés à temps non complet ou autorisés à travailler à temps partiel peuvent percevoir le même montant de participation que les agents employés à temps complet.

D'ailleurs, il est à noter que la **DGCL** a adressé un courrier à certains Centres de Gestion concernant **l'impossibilité, dans le silence des textes, de proratiser la participation de l'employeur en fonction du temps de travail des agents.**

7. La situation des agents pluri communaux, qui participe et comment ?

Tout comme pour les agents à temps non complet ou à temps partiel, aucune disposition réglementaire ne prévoit de limitation de la participation de l'employeur.

Toutefois, la participation ne doit pas dépasser le montant de la cotisation.

C'est pourquoi il est nécessaire que les différents employeurs d'un même agent se coordonnent afin que le montant des participations cumulées n'excède pas celui de la cotisation acquittée par l'agent.

Vous pourriez donc avoir la participation de deux employeurs même si dans la pratique nous constatons que l'habitude est que la prise en charge se fait par l'employeur ou l'agent effectue le plus d'heures.

8. Quels sont les agents qui peuvent bénéficier de cette couverture ?

Cette convention de participation couvre les fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL (fonctionnaires stagiaires ou titulaires) et les agents relevant du régime général de la sécurité sociale IRCANTEC (fonctionnaires stagiaires ou titulaires dans certains cas, contractuels de droit public et contractuels de droit privé) sans condition d'ancienneté.

Un agent en arrêt de travail peut adhérer.

9. Prévoyance - Pourquoi transmettre une adhésion provisoire ?

La collectivité peut d'ores et déjà engager une procédure d'adhésion provisoire (via le Bulletin d'Adhésion Employeur pour la prévoyance). Celle-ci ne l'engagera définitivement que si son assemblée délibérante confirme l'adhésion.

Cette adhésion provisoire permet l'engagement de la campagne d'information auprès des agents, par Alternative Courtage, en concertation avec l'employeur.

10. L'employeur est-il obligé d'adhérer au 01/01/2024 ? Ou pourra-t-il adhérer ultérieurement ?

La collectivité peut adhérer à tout moment pendant la durée des conventions de participation. Celle-ci n'est pas tenue d'adhérer en début d'année, elle peut également adhérer en cours d'année.

11. Qui peut rejoindre les conventions de participation ?

Pour la Santé : la convention concerne toute collectivité affiliée au CDG 01.

Pour la Prévoyance : la convention concerne toute collectivité ayant participé à la mise en concurrence, sans condition.

Les collectivités n'ayant pas participé à la mise en concurrence pourront rejoindre la convention sous réserve de l'accord du groupement Alternative Courtage / TERRITORIA Mutuelle.

Cet accord sera formulé à partir des [données statistiques à fournir par la collectivité](#).

12. L'assureur impose-t-il un questionnaire médical ?

Aucun questionnaire ou examen médical n'est imposé par l'assureur lors de l'adhésion.

13. Au titre de la prévoyance, quelle situation pour un agent en arrêt de travail et indemnisés par un assureur lors de la mise en place de la convention de participation ?

Aujourd'hui, la majeure partie des contrats de prévoyance sont gérés en capitalisation, obligeant les assureurs à maintenir l'indemnisation des agents en arrêt, et ce même si le contrat de prévoyance est résilié. Leur assureur actuel devra maintenir l'indemnisation jusqu'à leur reprise d'activité normale de service ou jusqu'à la fin de leurs droits. C'est réglementaire, la loi Évin, vient cadrer ces situations.

TERRITORIA Mutuelle, ne prendra jamais en charge un sinistre et ses éventuelles rechutes si ce dernier a déjà été indemnisé où est en cours d'indemnisation par un assureur précédent.

En Prévoyance, la résiliation d'un contrat ne désengage pas l'assureur de sa responsabilité d'indemnisation. L'assureur qui a indemnisé une pathologie initiale est redevable de l'indemnisation de cette dernière et des éventuelles rechutes directement liées à venir, jusqu'à ce que l'agent soit en capacité de reprendre son activité ou bien jusqu'à épuisement de ses droits.

Ainsi les agents en arrêt en rejoignant la convention et en respectant les conditions d'adhésion du contrat, bénéficieront du contrat collectif et de la participation financière, pour toutes les autres pathologies qui pourraient subvenir et ces dernières seraient prises en charge par le nouvel assureur.

Enfin, une petite minorité de contrat de prévoyance peut toujours exister sur le marché avec un mode de gestion en répartition, ayant pour effet à la résiliation du contrat de désengager la responsabilité de l'assureur de poursuivre l'indemnisation d'une pathologie en cours d'indemnisation et des rechutes directement liées.

14. Au titre de la Santé, quelle pérennité du contrat si l'agent quitte la collectivité ?

Situation 1 : Articulations en cas de changement d'employeur.

Par principe, dès lors que le contrat de travail de l'agent avec la collectivité est rompu, la couverture de l'agent assurée par APICIL doit être résiliée. En effet, le bénéfice du contrat est conditionné à son statut d'agent. Ce principe entraîne les conséquences suivantes :

- *Si le nouvel employeur est également une collectivité territoriale relevant du centre de gestion de l'Ain et qu'elle a adhéré à la convention de participation conclue avec APICIL* : il faudra que l'agent résilie sa couverture liée à son contrat de travail et adhère à la couverture assurée par APICIL résultant de l'adhésion à la convention de participation de son nouvel employeur.
- *Si le nouvel employeur propose une couverture frais de santé assurée auprès d'un autre organisme assureur qu'APICIL* : il faudra que l'agent résilie sa couverture assurée par APICIL liée à son contrat de travail. Il pourra ensuite adhérer à la couverture proposée par son nouvel assureur, dans les conditions définies par son nouvel employeur.
- *Si le nouvel employeur ne propose pas une couverture frais de santé* : l'agent doit résilier sa couverture assurée par APICIL liée à son contrat de travail avec la collectivité. Ensuite, libre à lui de souscrire une couverture individuelle pour couvrir ses frais de santé.

Par exception, la couverture APICIL de l'agent peut être maintenue en cas de rupture de son contrat de travail à condition qu'il n'y ait pas de nouvel employeur, et dans les conditions détaillées dans la situation 2.

Situation 2 : le fait que l'agent quitte la collectivité entraîne la rupture de son contrat de travail et il n'a pas de nouvel employeur, que ce soit en tant qu'agent ou salarié de droit privé.

En cas de rupture du contrat de travail, l'agent pourrait continuer de bénéficier des garanties par les dispositifs suivants :

- 1) Le maintien des garanties en cas d'indemnisation par l'assurance chômage. L'agent dont le contrat de travail est rompu pourra **continuer de bénéficier de sa couverture assurée par le contrat collectif à titre gratuit** (sauf cas de rupture du contrat de travail pour faute lourde), **à condition** que l'agent ait bénéficié des garanties durant son contrat de travail et **qu'il bénéficie de l'assurance chômage**. Cette période de maintien est égale à la durée du contrat de travail, dans la limite de 12 mois.

- 2) La prolongation de garantie en application de la loi Evin à titre payant : **pour les anciens agents en état d'incapacité ou d'invalidité** à la rupture du contrat de travail, les retraités, les chômeurs indemnisés (ou les ayants droit de l'agent décédé).
- 3) APICIL pourra aussi proposer un contrat individuel.

15. Au titre de la Santé, quels sont les délais de remboursement ?

- Pour les décomptes faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses d'Assurance maladie : 48 h ;
- Pour les remboursements manuels : délai moyen de 8 jours après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement.

16. Au titre de la Prévoyance, qu'est-ce que la garantie invalidité permanente

La garantie a pour objet le paiement aux agents, d'une **rente** en cas d'invalidité permanente **survenue avant** l'âge légal de départ à la retraite.

L'invalidité permanente est reconnue lorsque les conditions suivantes sont remplies par l'assuré :

- Après avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents.
- **Ou** être atteint d'une invalidité qui n'est pas imputable au service et classée dans la 2ème et/ou 3ème catégorie.

1. Garanties minimales pour les agents affiliés à la CNRACL

Les fonctionnaires affiliés à la CNRACL perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement indiciaire net et de la nouvelle bonification indiciaire nette de référence, sous réserve :

- D'avoir été mis à la retraite pour invalidité ;
- De ne pas avoir atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de retraite soit 62 ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1955.

2. Garanties minimales pour les agents affiliés au régime général

Les agents affiliés au régime général de la sécurité sociale perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement indiciaire net et de la nouvelle bonification indiciaire nette de référence, sous réserve :

- Soit de justifier d'une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain avec un classement en 2e ou 3e catégorie ;
- Soit de justifier d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Cette rente est revalorisée chaque 1er janvier en fonction de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale. Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir après la date de prise en charge par le prestataire au titre de la garantie « Invalidité Permanente », même à effet rétroactif, ne sera pris en considération : le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

3. Règles de cumul :

Le montant annuel de la rente versé par le prestataire, augmenté des prestations servies par la CNRACL, la Sécurité Sociale ou tout autre organisme **ne peut excéder 90 % de la garantie de base nette** définie dans le présent contrat, pris en compte par le prestataire et revalorisé dans les conditions définies dans le présent contrat.

Si cette limite est dépassée, la rente versée par le prestataire sera réduite pour ne pas excéder le montant défini ci-dessus.

La rente est servie mensuellement à terme échu, et après épuisement des droits statutaires maladie et au jour de l'entrée en jouissance de la pension invalidité permanente.

Le versement de la rente cesse :

- À la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle,
- À l'âge d'ouverture des droits à la retraite,
- À la liquidation de la pension vieillesse de l'assuré.
- En cas de décès