

REFERENCES JURIDIQUES

Code général de la fonction publique territoriale (articles L.827-1 et suivants)
(ancien article 22 Bis de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires et anciens articles 88-1 et 88-2 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée relatives à la fonction publique territoriale).

Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents

Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique

Circulaire n° RDFB1220789C du 25 mai 2012 relative à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents

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

DEFINITION

Risque santé : recouvre les risques liés à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité. L'intérêt d'adhérer à une complémentaire santé c'est d'obtenir le remboursement de ce qui n'est pas pris en charge par la sécurité sociale (frais dentaires, optiques, pharmacie, hospitalisation, appareillages, ...).

Risque prévoyance : c'est une assurance en faveur de l'agent prévenant les risques « incapacité, invalidité et décès ». Cette complémentaire prévoyance intervient notamment pour maintenir le salaire lorsque l'agent passe en ½ traitement. Il s'agit d'une « garantie maintien de salaire ».

Ne pas confondre avec l'assurance susceptible d'être souscrite par l'employeur pour compenser les dépenses liées au versement du salaire de ses agents en congés de maladie, en incapacité de travail, ou au titre du capital décès.

PRINCIPE

Pour la fonction publique territoriale, la participation de l'employeur est facultative jusqu'en 2025 pour la prévoyance et 2026 pour la santé.

L'adhésion à une protection sociale complémentaire est facultative pour les agents. Les participations des collectivités sont versées aux agents (actifs) et non aux retraités.

La participation est versée soit directement à l'agent soit via les organismes qui doivent alors la répercuter intégralement en déduction de la cotisation ou de la prime due par les agents.

PROCEDURE

Le dispositif réglementaire prévoit deux possibilités pour les collectivités qui souhaitent contribuer aux contrats de leurs agents, soit pour le risque santé, soit pour le risque prévoyance ou les deux :

➤ Soit la labellisation

Les collectivités et établissements peuvent aider les agents qui souscrivent un contrat ou adhèrent à un règlement labellisé. Les labels sont délivrés par des prestataires habilités par l'Autorité de contrôle prudentiel. Les contrats et règlements labellisés sont répertoriés sur une liste (liste mise à jour régulièrement) publiée par le ministère en charge des collectivités territoriales sur le site de la DGCL : <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/fonction-publique-territoriale/protection-sociale-complementaire>

Si la collectivité ou l'établissement fait le choix de la labellisation, celle-ci doit verser son aide à tous les agents actifs qui souscrivent des contrats et règlements labellisés.

Les étapes de la décision

1/ La collectivité mène sa réflexion sur :

- sa participation au risque santé ou prévoyance ou, santé et prévoyance
- le montant de sa participation et les modulations éventuelles.

Selon les dispositions de l'article 23 du décret du 8 novembre 2011 précité, la participation peut être modulée dans un but d'intérêt social en prenant en compte les revenus des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.

2/ La collectivité consulte le comité social territorial

Selon les dispositions de l'article L.253-5 du code général de la fonction publique (ancien article 33 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée) ; les comités sociaux territoriaux sont consultés sur les aides à la protection sociale complémentaire, lorsque la collectivité territoriale ou l'établissement public en a décidé l'attribution à ses agents.

3/ La collectivité délibère

Elle acte le principe d'une participation dans le cadre de la labellisation et fixe le montant unitaire de sa participation.

[MODELE DE DELIBERATION PREVOYANCE](#)

[MODELE DE DELIBERATION SANTE](#)

4/ Information des agents

Seuls les agents qui auront signé un contrat labellisé pourront bénéficier de l'aide de leur employeur.

La CNRACL et l'IRCANTEC informent les retraités des contrats dont ils peuvent bénéficier.

➤ **Soit la convention de participation**

Les collectivités et établissements qui le souhaitent peuvent engager une procédure de mise en concurrence et conclure avec l'opérateur choisi une convention de participation en santé comme en prévoyance. Ce contrat à adhésion facultative est ouvert aux agents retraités dans le domaine de la santé. Si la collectivité ou l'établissement met en œuvre une convention de participation, celle-ci ne peut verser d'aide qu'au bénéfice des agents actifs ayant adhéré à ce contrat ou règlement.

Les étapes de la décision :

1/ La collectivité mène sa réflexion :

- sur sa participation au risque santé ou prévoyance ou, santé et prévoyance
- sur le montant de sa participation et les modulations éventuelles.

Selon les dispositions de l'article 23 du décret du 8 novembre 2011 précité, la participation peut être modulée dans un but d'intérêt social en prenant en compte les revenus des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.

2/ La collectivité consulte le comité social territorial.

Selon les dispositions de l'article L.253-5 du code général de la fonction publique (ancien article 33 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée) ; les comités sociaux territoriaux sont consultés sur les aides à la protection sociale complémentaire, lorsque la collectivité territoriale ou l'établissement public en a décidé l'attribution à ses agents. Le comité social territorial donne un avis sur :

- Le choix de la procédure,
- Le montant prévisionnel de la participation
- Le projet de cahier des charges.

3/ la collectivité délibère sur :

- le choix de la procédure
- le montant prévisionnel de la participation
- le projet de cahier des charges

4/ la collectivité lance la procédure de mise en concurrence.

Les étapes de cette mise en concurrence sont précisées dans la circulaire ministérielle du 25 mai 2012.

5/ La collectivité consulte à nouveau le comité social territorial sur :

- le choix de l'opérateur
- le montant définitif de sa participation

6/ La collectivité délibère.

MODELES DE DELIBERATION santé :

. [Délibération initiale](#)

. [Délibération finale](#)

MODELES DE DELIBERATION PREVOYANCE (5 et 6)

. [Délibération initiale](#)

. [Délibération finale](#)

7/ Information des agents (actifs) par l'employeur - La CNRACL et l'IRCANTEC informent les retraités des contrats dont ils peuvent bénéficier.

REFORME

L'ordonnance prise en application de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique modifie les modalités de participation des employeurs publics aux frais liés à la complémentaire santé et à la prévoyance de leurs agents.

Pour la fonction publique territoriale, il est prévu les mesures suivantes :

Protection sociale complémentaire : prévoyance

- A compter du 1^{er} janvier 2025 : Obligation de participation des employeurs territoriaux pour les garanties prévoyance (couverture des risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès) à hauteur de 20 % d'un montant de référence fixé à 35 euros (soit au minimum 7 euros mensuels par agent).

Protection sociale complémentaire : santé

- A compter du 1^{er} janvier 2026 : Obligation de participation des employeurs territoriaux pour les garanties de santé (frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident) à hauteur de 50 % du montant de référence fixé à 30 euros (soit au minimum 15 euros mensuels par agent).

Le décret du 20 avril 2022 définit les garanties minimales que doivent prendre en compte les prestations offertes. La définition des garanties des contrats destinés à couvrir les risques en matière de santé et de prévoyance des agents peut faire l'objet d'une négociation collective.

Le décret précise que les collectivités et établissements publics qui participent déjà au financement de la protection sociale complémentaire sur le fondement du décret n° 2011-1474 et qui respectent les conditions susvisées, ne sont pas tenus de délibérer à nouveau.

Les agents seront toujours libres d'adhérer à une protection sociale complémentaire sauf si un accord majoritaire prévoit la souscription obligatoire des agents.

Le rôle des centres de gestion sera précisé par circulaire par la DGCL.

Les assemblées délibérantes des collectivités et établissements devront tenir un débat sur les garanties de protection sociale complémentaire dans un délai d'un an à compter de la publication de l'ordonnance (février 2022) et dans les six mois qui suivent leur renouvellement général.

Il s'agit d'un débat sans vote, qui doit informer sur les enjeux, les objectifs et les moyens à déployer pour répondre à l'obligation de participation. Il n'y a pas d'obligation de transmettre le compte rendu de ce débat au contrôle de légalité.

L'ordonnance ne prévoit pas de contenu. Chaque employeur territorial est libre de le préparer selon son propre contexte. [MODELE DE RAPPORT](#)

[Accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux, 11 juillet 2023](#)

Une majorité des membres de la Coordination des employeurs territoriaux ainsi que six organisations syndicales ont signé, le 11 juillet 2023, un accord national sur la protection sociale complémentaire des agents territoriaux.

En prévoyance, cet accord garantit à tous agents en incapacité temporaire de travail 90% du revenu net de l'agent et en cas de retraite pour invalidité, notamment pour un taux d'au moins 50 %, le maintien de 90 % de ce revenu.

S'il est transposé en règlement, il améliorera les droits des agents dans ce domaine par rapport aux textes existants ([ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021](#) et [décret n° 2022-581 du 20 avril 2022](#)).

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

En santé, l'accord institue un fonds national de solidarité pour les actifs et retraités.

Pour être applicable, le contenu de cet accord doit être transposé en règlement par l'Etat.