

ARTICLE

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS PUBLICS : VERS UN MONDE « TRANSFORMÉ » ?

Droit du travail et de la protection sociale | 30/03/22 | Boris Léone-Robin

Initiés par la loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019, sous l'impulsion du ministère de la Transformation et de la Fonction publiques créé en juillet 2020, les chantiers et « transformations » se sont intensifiés pour les employeurs publics. Avec le redéploiement de la négociation collective et du dialogue social dans la fonction publique, avec la codification inédite des textes statutaires applicables aux trois fonctions publiques au sein d'un seul code général de la fonction publique[1] et avec la présentation le 14 mars dernier du premier plan de santé au travail 2022-2025 dans la fonction publique, la protection sociale complémentaire des agents publics, autre sujet prévu par cette loi, est l'illustration parfaite de cette transformation.

Les droits des agents sont totalement revus et un cadre plus contraignant est posé pour les employeurs publics, reflétant aussi un changement de paradigme : alors que les textes existants étaient plutôt focalisés sur les modalités de sélection des opérateurs d'assurance couvrant les garanties santé et/ou prévoyance des agents, c'est aujourd'hui une véritable approche et logique de ressources humaines qui doivent guider les décisions futures des employeurs publics à l'égard de leurs agents prenant non seulement en compte les contraintes budgétaires, mais concourant aussi à une politique basée sur le dialogue social et *in fine* une amélioration des droits sociaux accordés par les réformes.

Le calendrier de mise en place de cette nouvelle protection sociale complémentaire est progressif mais la première de ses échéances fixée au 1er janvier 2024 pour la fonction publique de l'Etat doit être largement anticipée face aux enjeux générés. C'est donc dès aujourd'hui qu'il convient d'envisager l'application de la réforme au sein des Ministères et établissements publics rattachés.

I. Le contexte et le calendrier de la réforme

Les agents des trois fonctions publiques (Etat, territoriale et hospitalière) bénéficient d'une protection sociale complémentaire pensée et bâtie historiquement de manière totalement différente de celle du secteur privé. Inscrite dans le socle commun du statut de la fonction publique depuis 2007, elle repose avant tout sur une participation financière de l'employeur public, facultative et globale, déclinée ensuite de manière distincte pour chacune des fonctions publiques selon leurs spécificités.

Ainsi, les agents de la **fonction publique de l'Etat** bénéficient aujourd'hui d'une aide financière de leur employeur pour des garanties en complémentaire santé et prévoyance, lorsque le ministère ou l'établissement public dont ils relèvent a conclu une convention de **référéncement**, avec un ou plusieurs organismes assureurs, sélectionnés après appel à concurrence. Ce financement est versé *a posteriori* et globalement à l'assureur auprès duquel sont souscrits des contrats **individuels et facultatifs**.

Dans la **fonction publique territoriale**, deux dispositifs **facultatifs** existent aux termes desquels la collectivité locale verse une aide financière pour des garanties de complémentaire santé et/ou prévoyance :

- soit lorsque l'agent adhère à un contrat individuel **labellisé** (faisant l'objet d'une certification par des prestataires habilités par l'ACPR);
- soit lorsqu'elle a conclu une **convention de participation** avec un organisme assureur choisi selon une procédure de mise en concurrence.

La **fonction publique hospitalière**, quant à elle, n'avait pas donné suite à la législation de 2007 sur la participation des employeurs publics et appliquait des dispositions qui lui sont propres : soins gratuits (issus de l'article 44 de la loi de 1986 portant statut de la fonction publique hospitalière, et de son article 105 pour l'AP-HP, avec des disparités en pratique), prestation « maladie » versée par le CGOS[2] pour les agents de ses établissements adhérents, etc.

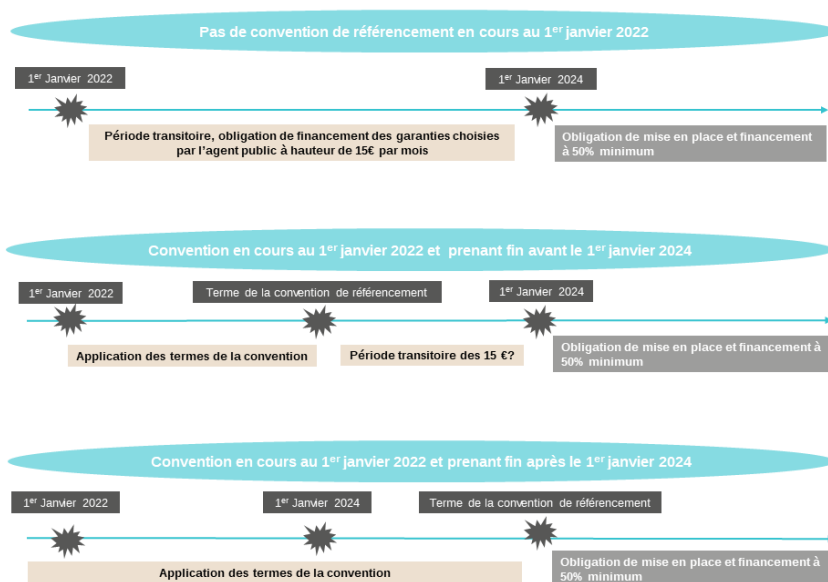
L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF) ont rendu public en 2019 un rapport[3] mettant en avant une trop grande disparité ainsi qu'une certaine faiblesse de la participation de l'employeur public. Le rapport n'a pas non plus manqué de critiquer la méconnaissance des RH de la fonction publique sur ces dispositifs l'information des agents étant alors dévolue aux assureurs. Forts de ces constats, le gouvernement et le pouvoir législatif ont dans le prolongement affiché leur volonté de revoir ces dispositifs en les rapprochant de ce qui existe pour les salariés du secteur privé.



C'est dans ce cadre que l'ordonnance du 17 février 2021, prise sur le fondement de la loi du 6 août 2019, **impose aux trois fonctions publiques** la mise en place de garanties minimales en complémentaire santé pour leurs agents quel que soit leur statut et leur financement par l'employeur public à 50% au minimum. Des dispositions sont également prévues en matière de prévoyance (incapacité de travail, invalidité et décès).

L'ordonnance du 17 février 2021 est entrée en vigueur le 1er janvier 2022 mais les nouvelles dispositions s'appliquent selon le calendrier suivant :

◆ Au **1er janvier 2024** pour les agents de la **fonction publique de l'Etat** avec un aménagement selon si le ministère ou l'établissement au sein duquel ils exercent a conclu ou non une convention de référencement qui serait en vigueur à cette date. Nous pouvons noter qu'un décret est paru en septembre 2021 pour gérer la période transitoire visant les employeurs publics (tels que par exemple le ministère de l'Intérieur) qui ne versaient aucune participation financière avant 2022.



◆ Au **1er janvier 2025** pour les agents de la **fonction publique territoriale** concernant les garanties de prévoyance et au **1er janvier 2026** pour la complémentaire santé. Un projet de décret a donné lieu le 16 février 2022 à un avis favorable du CSFPT.

◆ Au **1er janvier 2026** pour les agents de la **fonction publique hospitalière**.

Au vu de ce calendrier, les nouveaux textes relatifs à la protection sociale complémentaire de la fonction publique de l'Etat sont à ce jour les plus nombreux et ont été l'occasion de tester la négociation collective dans la fonction publique. Ainsi l'ordonnance a été suivie d'un accord de méthode en juin 2021 puis d'un accord interministériel du 26 janvier 2022 (publié au JO le 6 mars dernier) complété très prochainement par un décret et un arrêté.

II. L'accord interministériel du 26 janvier 2022

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 fixe un socle contraignant commun aux différents ministères et établissements employant des agents de la **fonction publique de l'Etat** en matière de **complémentaire santé**.

Il s'agit d'un accord cadre : tout accord d'application qui pourrait être négocié par un employeur public à un niveau inférieur devra être **au moins aussi favorable** que les dispositions et garanties visées par l'accord interministériel, ce principe de faveur s'appréciant « *acte par acte* ».

Cette négociation entre l'employeur public et les organisations syndicales représentatives peut se tenir à plusieurs niveaux qui correspondront, par éventuel regroupement ou éventuelle division, aux **départements ministériels** - administration centrale et services déconcentrés - et **aux établissements publics** qui en dépendent.





→ Nature de la future complémentaire santé des agents publics de la fonction publique de l'Etat

Le premier des bouleversements majeurs concerne le type de régime et contrat d'assurance, support de cette future complémentaire santé : en effet d'un système de contrats individuels ou facultatifs, l'employeur public devra désormais conclure, pour une durée de 6 ans, un contrat :

- **Collectif**, générant d'une part pour les employeurs publics des obligations et responsabilités contractuelles propres aux souscripteurs de ces contrats et d'autre part pour les organismes assureurs (en particulier les opérateurs historiques) des enjeux considérables en matière de systèmes d'information et gestion ;
- **Obligatoire** pour les agents (sauf situations de dispenses).

→ Un niveau minimal de garanties

L'accord fixe un cadre comprenant un panier de soins minimal, dont le niveau de garanties est plutôt favorable et en tous les cas, supérieur à celui prévu par la loi pour le secteur privé.

Un tableau de garanties détaillées en termes de postes de soins couverts a été adopté, intégrant naturellement la réforme du 100% santé mais aussi les nouveautés telles que le remboursement des consultations de psychologues. En tout état de cause, le contrat doit répondre au cahier des charges du contrat « responsable ».

Le prix de ce panier de soins est estimé par les actuaires de la place entre 55 et 70€ par mois et par agent, en sachant que le profil des populations concernées par les complémentaires santé varie fortement selon les ministères.

Des garanties surcomplémentaires et des options pourront améliorer ce niveau minimal, sous réserve d'être identiques pour tous les bénéficiaires.

→ Les bénéficiaires

Pourront bénéficier des dispositifs mis en place par l'employeur public, les agents actifs, titulaires et contractuels sans condition d'ancienneté, les retraités ainsi que les ayants droit.

Plus précisément :

- Les **bénéficiaires actifs** regroupent : les fonctionnaires titulaires et stagiaires, les magistrats des trois ordres, les agents contractuels de droit public et ceux de droit privé (si ces derniers ne sont pas couverts par un contrat collectif obligatoire), les enseignants des établissements privés sous contrat, etc. En cas de congé ou position non rémunéré(e), le bénéfice des garanties de protection sociale complémentaire est maintenu.
- Les **bénéficiaires retraités** sont les anciens agents titulaires d'une pension de retraite du régime spécial civil ou militaire ou de l'IRCANTEC ou de l'AGIRC-ARRCO. Ils continuent à bénéficier des garanties s'ils en font la demande dans le délai d'un an après leur cessation d'activité. Il sera possible pour les retraités actuels d'adhérer aux régimes, dans un délai aussi d'un an après leur mise en place.
- Les **bénéficiaires ayants droit** d'un **actif ou retraité** comprennent notamment le concubin, la personne liée par un Pacs ou le conjoint non divorcé, ainsi que les enfants et petits-enfants à charge fiscale. Cette qualité peut être conservée si l'actif ou le retraité vient à décéder et si la demande est formulée dans le délai d'1 an à compter du décès. Les veuves et veufs actuels d'un agent retraité décédé pourront également rejoindre le régime dans le délai d'1 an à compter de sa mise en place.
- Les **anciens agents non retraités**, ayant cessé une relation de travail avec un employeur public et s'ils sont **indemnisés par l'assurance-chômage**. Ils voient les garanties maintenues pour eux et leurs éventuels ayants droit, pendant au maximum douze mois. Ce dispositif est proche de celui légal dit « de portabilité » pour le secteur privé.

→ Adhésion obligatoire et causes de dispense

Les **agents publics actifs** ont l'obligation d'adhérer aux contrats collectifs conclus par les employeurs publics, sauf s'ils sont concernés par des cas de dispense précis leur permettant de ne pas bénéficier du régime mis en place et d'éviter des doublons de cotisations. L'accord et le décret à venir, qui s'inspirent des causes de dispense de plein droit du secteur privé, visent :



- Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ;

- Les agents couverts par un contrat individuel en complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance de ce contrat ;

- Les agents en CDD s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;

- Les agents bénéficiaires par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit :
 - D'un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place dans une entreprise de droit privé ;
 - D'une couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur privé ;
 - Du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
 - D'une (future) couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

→ **Modalités de financement du régime**

Le financement de cette nouvelle complémentaire santé reprend à la fois des éléments de l'ancienne protection sociale de la fonction publique (systèmes de solidarité fonctionnant aujourd'hui par transferts de flux financiers) mais aussi des dispositions prévues pour le secteur privé, dans les entreprises ou dans les accords de branche professionnelle (50% part employeur, fonds d'aide, prévention et action sociale financé par une cotisation additionnelle de 0,5% et 2% des cotisations d'équilibre ...).

Pour tous les contrats collectifs et tous les bénéficiaires, une cotisation est due, exprimée en **euros** et ne variant pas en fonction de l'état de santé des individus.

Pour les bénéficiaires actifs, les cotisations sont calculées par référence à une **cotisation d'équilibre** du contrat collectif, qui correspond à la somme du coût du financement des garanties (coût du risque) et du coût de mécanismes de solidarité.

Cette cotisation d'équilibre est réévaluée chaque année sur proposition de l'assureur et après avis de la commission paritaire de pilotage et de suivi, qui doit être instituée auprès de chaque employeur public.

La cotisation des **bénéficiaires actifs** comprend trois parts :

- Une part acquittée par l'employeur, forfaitaire et s'élevant à 50 % de la cotisation d'équilibre ;
- Une part acquittée par l'agent actif, forfaitaire et s'élevant à 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- Une part, acquittée par l'agent actif, de solidarité et fonction de sa rémunération mensuelle brute, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale.

CE - Cotisation d'équilibre :

- Prenant en compte le coût du financement des garanties et les mécanismes de solidarité instaurés par le régime
- Soumise à variation à une échéance qui sera fixée par les contrats conclus par l'employeur public

Trois parts de la cotisation des bénéficiaires actifs :

- Part 1 : 50% CE financé par l'employeur public
- Part 2 : 20% CE financé par l'agent public
- Part 3 : Part individuelle solidaire fonction de la rémunération brute de l'agent

Les cotisations des **bénéficiaires retraités et ayants droit** sont fixées par application d'un coefficient à la cotisation d'équilibre, dans la limite de :

- 175% de cette dernière pour les retraités ;
- 110% de cette dernière pour les conjoints, partenaires de PACS et concubins ;

- 100% de cette dernière pour les enfants de plus de 21 ans ;
- 50% de cette dernière pour les enfants de moins de 21 ans.

Pour les anciens agents non retraités et chômeurs, le maintien des garanties pendant au maximum 12 mois est gratuit.

III. Quelles suites ?

Si l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et le décret à venir concernent uniquement la complémentaire santé pour les agents de la **fonction publique de l'Etat**, des dispositifs similaires devraient être bientôt adoptés :

- dans la fonction publique d'Etat, en matière de prévoyance : les parties se sont engagées par ailleurs à ouvrir des négociations, dans un délai d'un mois, sur la **prévoyance** statutaire et complémentaire des agents. Un accord de méthode pourrait être conclu d'ici les élections présidentielles, fixant la feuille de route en la matière.

- dans les autres fonctions publiques : l'accord du 26 janvier 2022 constitue aussi un « *point de référence pour les discussions qui vont s'engager à l'échelle des **fonctions publiques territoriale et hospitalière*** » dans la perspective de la mise en œuvre de l'obligation de prise en charge de la complémentaire santé par les employeurs à horizon 2026, selon la Ministre de la transformation et de la fonction publiques.

Il a d'ailleurs été suivi de l'adoption le 16 février par le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale d'un projet de décret relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des **employeurs territoriaux**, même si ce dernier ne semble pas être au niveau des garanties négociées pour les agents de l'Etat. Le décret sera publié dans les prochaines semaines.

Dans la fonction publique **hospitalière**, des groupes de travail avec les organisations syndicales des personnels médicaux et non médicaux ont commencé à se réunir en vue de préparer l'échéance 2026.

La protection sociale complémentaire de la fonction publique d'Etat va dorénavant être mise en place par voie de contrats **collectifs obligatoires**, auxquels les agents adhéreront probablement de façon massive sans faire jouer de dispense. En effet, ils bénéficieront ainsi à la fois de **garanties satisfaisantes** et d'un **financement pris en charge à 50%** par l'employeur public.

Cela signifie aussi que s'ouvre un nouveau marché de contrats collectifs en matière de complémentaire santé, représentant approximativement **30% du marché des salariés** du secteur privé.

En effet, vont être lancées des **procédures de mise à la concurrence en application du code de la commande publique**, afin de sélectionner sans discrimination et en toute transparence, des assureurs qui répondront aux cadre et **cahier des charges** fixés par l'accord interministériel, les décret et arrêté à venir ainsi que par les accords majoritaires d'application que pourront négocier les employeurs publics. Les organismes assureurs présents sur la protection sociale complémentaire des salariés du secteur privé affichent d'ores et déjà une volonté d'investir ce nouveau secteur.

Une question reste toutefois en suspens : celle des **conditions à respecter** pour bénéficier de l'environnement fiscal et social de faveur des cotisations qui financeront la protection sociale complémentaire des agents (actifs tout du moins).

En effet, et c'était attendu, la loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2022 a posé – à l'instar du secteur privé :

- un avantage **fiscal** : les cotisations employeur public - sauf pour la complémentaire santé - et agent ne seront pas soumises à l'impôt sur le revenu si le contrat est collectif et obligatoire en application d'un accord majoritaire (cf. *article 83 1° quater CGI*);

- des avantages **sociaux** :

- la participation de l'employeur public est exonérée de cotisations de sécurité sociale jusqu'à un certain plafond (à définir par décret) si le régime est collectif et obligatoire en application d'un accord majoritaire ; on peut s'interroger sur l'article du code de la sécurité sociale qui a été modifié pour intégrer cet avantage, à savoir l'article L. 242-1, puisqu'il s'agit d'un texte qui ne s'applique qu'aux personnes affiliées au régime général de la sécurité sociale, donc une partie seulement des agents bénéficiaires et en tout état de cause pas les agents relevant des régimes spéciaux et dont l'assiette des cotisations est définie par le code des pensions civiles et militaires ;



- la participation de l'employeur public de moins de onze agents ne sera pas assujettie au forfait social de 8%.

Si l'on comprend que les régimes doivent être collectifs et obligatoires, l'on sait aussi que les Urssaf amenées à contrôler ces dispositifs dans les entreprises de droit privé s'intéressent aux nombreuses autres conditions que ces entreprises doivent, elles, respecter pour bénéficier d'avantages similaires.

Alors que le Bulletin officiel de la sécurité sociale (BOSS), applicable depuis le 1er avril 2021, est en train de s'enrichir d'un nouveau chapitre sur la protection sociale complémentaire et de ces exonérations (un projet de fiche reprenant et modifiant les conditions précédemment prévues dans les nombreuses circulaires de la DSS a d'ores et déjà été rédigé pour une date d'effet très prochaine afin de souffler sa première bougie), il serait utile d'éclairer les employeurs publics sur les conditions qu'ils devront remplir.

En tout état de cause, départements ministériels et établissements publics doivent rapidement s'emparer et s'approprier cette thématique aux contours nombreux et complexes afin que leurs agents puissent bénéficier au 1er janvier 2024 (ou légèrement plus tard pour les employeurs dont la convention de référencement de 7 ans s'achèvera après cette date) d'une complémentaire santé « transformée »./.

[1] La partie législative du code général de la fonction publique, créée par ordonnance du 24 novembre 2021, est entrée en vigueur le 1er mars 2022

[2] Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (« CGOS »)

[3] Protection sociale complémentaire des agents publics, juin 2019

