

LE COURRIER DES MAIRES

et des élus locaux



La protection sociale et santé des fonctionnaires territoriaux

DE 1 À 12

Les congés des fonctionnaires territoriaux

Protection statutaire, congés de maladie (ordinaire, longue durée, cause exceptionnelle), prestations sociales, prise en charge du Citis, invalidité, inaptitude... **p. 3**

DE 13 À 30

Protections sociales et statuts particuliers

Fonctionnaires stagiaires, à temps partiel, contractuels, indemnités journalières, accidentés du travail, temps partiel thérapeutique, congé (maternité, adoption)... **p. 6**

DE 31 À 50

La protection sociale complémentaire

Régime en vigueur, réforme de la PSC à venir, participation de l'employeur, prévoyance, contrats labellisés, accord collectif, calendrier, dispositions transitoires... **p. 11**



Principal actionnaire: Info Services Holding. **Société éditrice:** Groupe Moniteur SAS au capital de 333900 euros. **Siège social:** Antony Parc 2 - 10, place du Général de Gaulle - La Croix de Berny - BP 20156 - 92186 Antony Cedex. **RCS:** Nanterre 403 080 823. **Numéro de commission paritaire:** 0425 T 86402. **ISSN:** 1252-1574. **Président-directeur de la publication:** Julien Elmaleh. **Impression:** Imprimerie de Champagne, ZI Les Franchises, 52200 Langres. **Dépôt légal:** à parution.

Les références

Loi n° 2019-828 du 6 août 2019

de transformation de la fonction publique.

Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017

de finances pour 2018.

Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984

portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

portant droits et obligations des fonctions

Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021

prise par le gouvernement par habilitation de l'article 40 de la loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019.

Décret n° 2021-846 du 29 juin 2021

relatif aux congés de maternité et liés aux charges parentales dans 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.

Décret n° 2010-997 du 26 août 2010

relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'État et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés.

Décret n° 2005-442 du 2 mai 2005

relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux fonctionnaires relevant de la fonction publique territoriale.

Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003

relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales.

Décret n° 91-298 du 20 mars 1991

portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet.

Décret n° 88-145 du 15 février 1988

relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale.

Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987

pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Décret n° 77-812 du 13 juillet 1977

relatif au régime de sécurité sociale des agents stagiaires des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial.

Décret n° 60-58 du 11 janvier 1960

relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial.

Lexique

Nouvelle bonification indiciaire (NBI)

Le droit à un complément de rémunération appelé nouvelle bonification indiciaire (NBI) est ouvert à certains emplois comportant une responsabilité ou une technicité particulières, emplois fixés dans chaque fonction publique, par décrets. La NBI consiste en l'attribution de points d'indice majoré supplémentaires. La NBI est soumise à cotisation retraite et donne droit à un supplément de pension.

Supplément familial de traitement (SFT)

Le supplément familial de traitement (SFT) est versé à tout agent public, fonctionnaire ou contractuel, qui a au moins un enfant à charge. Le montant du SFT dépend du nombre d'enfants à charge et de l'indice majoré de l'agent.

Ressources

Social, santé, prévoyance : comment protéger au mieux les agents des collectivités,

le dossier d'actus web du « Courrier des maires », courrierdesmaires.fr/article.47517

La loi de transformation de la fonction publique,

50 questions-réponses du Courrier des maires, courrierdesmaires.fr/article.22032

La protection sociale et santé des fonctionnaires territoriaux

La protection sociale comme la couverture santé des agents des collectivités locales renvoient à un nombre de textes législatifs et réglementaires importants et pour certains anciens, au fur et à mesure qu'évoluaient les statuts de la fonction publique et qu'était précisé celui de la fonction publique territoriale. En qualité d'employeurs publics, les maires et présidents d'exécutifs locaux ont de multiples obligations s'agissant de la protection sociale et santé des agents de leurs collectivités,

en particulier de prise en charge de certaines protections et prestations spécifiques. Et voilà que se profile la réforme de la protection sociale complémentaire (PSC). Engagée par la loi de transformation de la fonction publique de 2019, cadrée par une ordonnance dédiée de 2021, la PSC révisée doit être parachevée par divers textes d'application. Mais, déjà, le principe de la participation obligatoire des employeurs territoriaux au financement des garanties de la PSC (santé et prévoyance) de leurs agents publics est acté, et ce, quel que soit leur statut.

L'ordonnance prévoit également les différents contrats de PSC que les employeurs publics pourront conclure. De la couverture santé des territoriaux à leur protection sociale, de la prévoyance à la PSC via la réforme en cours, ce « 50 questions-réponses » fournit les obligations et les marges de manœuvre à disposition des exécutifs locaux pour protéger au mieux leurs agents.

Perrine Bouchard et Lucie Lefébure,
avocates à la cour, cabinet Seban et associés

1

De quelles protections statutaires bénéficient les fonctionnaires territoriaux malades ?

Le fonctionnaire territorial relève du régime spécial de la Sécurité sociale réglementé par le décret du 11 janvier 1960 relatif au régime de Sécurité sociale des agents permanents des départements, communes et établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial. Il peut bénéficier des congés rémunérés prévus à l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 :

- le congé de maladie ordinaire ;
- le congé de longue maladie ;
- le congé de longue durée.

Mais, cette protection statutaire est limitée dans le temps :
- d'une part, la rémunération est réduite après un certain délai pour tous ces congés ;
- d'autre part, lorsque le fonctionnaire territorial a épuisé tous ses droits à congés de maladie, il peut être placé soit en disponibilité d'office pour les titulaires. Dans cette situation, aucune rémunération statutaire n'est plus versée.

2

De quelles protections sociales bénéficie un fonctionnaire placé en congé de maladie ordinaire ?

L'agent en position d'activité a droit, s'il est atteint d'une maladie le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, à un congé de maladie ordinaire (art. n° 57, 2° de la loi du 26 janvier 1984). Il a droit à un ou plusieurs congés de maladie ordinaire, dans la limite de un an au cours des douze derniers mois. Les dispositions législatives et réglementaires portant sur la rémunération prévoient :

- que l'agent conserve son plein traitement pendant trois mois, puis le demi-traitement les neuf mois suivants ;
- qu'il conserve la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence durant le congé ;
- qu'il bénéficie du maintien de la **nouvelle bonification indiciaire (NBI)**  dans les mêmes proportions que le traitement ;

- que, concernant le régime indemnitaire, les règles sont fixées par délibération, au niveau de la collectivité. La loi de finances pour 2018 a créé un « délai de carence ».

DE 1 À 12 | LES CONGÉS DES FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX

3

De quelles protections sociales bénéficie un fonctionnaire placé en congé de longue maladie (CLM) ?

Le congé de longue maladie est accordé au fonctionnaire en position d'activité en cas de maladie le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rendant nécessaires des soins prolongés et présentant un caractère invalidant (art. 57, 3° loi n° 84-53 du 26 janvier 1984).

La durée maximale du CLM est de trois ans. L'agent perçoit son plein traitement la 1^{re} année, puis son demi-traitement les deux suivantes. Le supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence sont maintenus pendant tout le CLM. En cas de changement de résidence lors du congé, l'indemnité de résidence versée est la plus avantageuse des indemnités afférentes aux localités où l'agent réside depuis la mise en congé, dans la limite de celle qu'il percevait lorsqu'il exerçait ses fonctions (art. 27 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987). La NBI est maintenue dans les mêmes proportions que le traitement, tant que l'agent n'est pas remplacé dans ses fonctions.

4

De quelles protections sociales bénéficie un fonctionnaire placé en congé de longue durée (CLD) ?

Le congé de longue durée est accordé au fonctionnaire en activité mis dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions car atteint de l'un des cinq types d'affection ; tuberculose, maladie mentale, cancer, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis (art. 57, 4° loi n° 84-53 du 26 janvier 1984). Pour chaque catégorie, l'agent peut prétendre à un congé de cinq ans au maximum sur l'ensemble de la carrière. Durant le CLD, il a droit à son plein traitement pendant trois ans, son demi-traitement pendant deux ans. Le **supplément familial de traitement (SFT)**  supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence sont maintenus dans leur intégralité durant le CLD. Le versement de la NBI est suspendu. Le Conseil d'Etat a récemment jugé (CE, 22 novembre 2021, req. n° 448779) que le maintien du versement de l'indemnité de fonction, de sujétion et d'expertise pendant les CLM et CLD était illégal en tant qu'il méconnaissait le principe de parité.

5

Les fonctionnaires malades peuvent-ils bénéficier de prestations sociales en complément de leur protection statutaire ?

L'assurance maladie offre aux territoriaux relevant du régime spécial de Sécurité sociale deux types de prestations, à combiner avec la protection statutaire :

- des prestations en nature, pour remboursement de frais médicaux, prises en charge par le régime général en contrepartie du versement de cotisations ;
- des prestations en espèces, correspondant au versement d'un revenu de remplacement en complément de la protection statutaire. Ainsi, un agent malade placé en disponibilité pour raison de santé percevra des indemnités de maladie. De même pour le fonctionnaire malade qui perçoit encore une rémunération statutaire, lorsqu'elle est inférieure au montant des indemnités de l'assurance maladie : « indemnité différentielle » ou « indemnité de coordination ». Selon le code de la sécurité sociale, les fonctionnaires ont droit à des prestations « équivalentes », et même « au moins égales » à celles du régime général.

6

Le fonctionnaire dont l'indisponibilité physique est liée au service bénéficie-t-il d'une protection particulière ?

Oui, un congé pour invalidité temporaire imputable au service (Citis) est accordé au fonctionnaire en cas d'invalidité temporaire de travail résultant d'un accident de service ou de trajet imputable au service, ou d'une maladie professionnelle contractée en service, dans les conditions définies par l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983.

Durant le Citis, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite, ce qui inclut ses avantages familiaux (SFT) et l'indemnité de résidence, s'il la percevait au moment où il est placé en Citis (art. 37-13 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987).

Le versement de la rémunération est à la charge de l'employeur qui rémunère l'agent à la date de la reconnaissance d'imputabilité au service, et qui a accepté cette imputabilité.

7

Le fonctionnaire placé en Citis peut-il prétendre au versement de son régime indemnitaire ?

L'article 21 bis de la loi du 13 juillet 1984 précité prévoit que le fonctionnaire bénéficiant d'un Citis conserve son « plein traitement » qui correspond dès lors au seul traitement indiciaire, et non à la rémunération du fonctionnaire dont fait partie également le régime indemnitaire. Dans ces conditions, une collectivité peut, par délibération, décider de ne pas verser le régime indemnitaire aux agents placés en Citis, c'est-à-dire lorsqu'ils n'exercent pas effectivement leurs fonctions, et notamment l'IFSE, conformément aux dispositions de l'article 88 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 qui prévoient que le régime indemnitaire est déterminé librement par délibération.

C'est de jurisprudence constante que le fonctionnaire territorial n'a pas de droit acquis au maintien de son régime indemnitaire et donc que celui-ci peut être modifié librement par délibération de l'assemblée délibérante.

8

Quels frais la collectivité prend-elle en charge pour un agent placé en Citis ?

Le fonctionnaire placé en Citis, outre le versement intégral de son plein traitement, a droit au remboursement des honoraires et frais médicaux directement entraînés par l'accident de service, l'accident de trajet ou la maladie professionnelle et pour traiter les conséquences sur son état de santé de l'accident ou de la maladie dont il est atteint. Il peut s'agir des honoraires et frais médicaux, frais d'hospitalisation, de cure thermique, analyses, examens de laboratoires, fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments, frais d'appareils de prothèse ou d'orthopédie rendus nécessaires par l'infirmité, les frais de transport rendus nécessaires par l'accident remboursés sur la base du moyen le plus économique, compte tenu des circonstances et de l'état de santé de l'intéressé. La collectivité peut être amenée à prendre en charge les frais funéraires en cas d'accident ou de maladie suivie de décès, sans que le montant puisse excéder le maximum fixé par la réglementation. Cette liste n'est pas limitative.

9

La collectivité peut-elle refuser la prise en charge d'honoraires et frais médicaux d'un fonctionnaire placé en Citis ?

La collectivité ne peut opposer aucune limitation de principe pour refuser de prendre en charge les frais et honoraires médicaux à un fonctionnaire, tels des dépassements d'honoraires. Cependant, elle est tenue d'exercer un contrôle sur la légitimité des dépenses exposées. Ainsi le juge considère que la collectivité ne doit pas prendre en charge le supplément pour chambre individuelle payé par l'agent, dès lors que cette dépense n'est pas directement entraînée par l'accident de service (CE, 11 juin 2003, req. n° 248865).

Toutefois, il considère que doivent être pris en charge les frais exposés par un agent dans le cadre d'un soutien psychologique après le début de son premier arrêt de travail reconnu imputable au service, dès lors que ce soutien a présenté pour lui un caractère d'utilité directe, et qu'il est intervenu avant l'avis de la commission de réforme (CAA de Nantes 20 avril 2021 n° 20NT00747).

10

L'agent atteint d'invalidité après accident ou maladie imputable au service peut-il prétendre à une réparation spécifique ?

Oui, l'allocation temporaire d'invalidité peut être attribuée aux agents victimes d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle s'ils restent atteints d'une invalidité permanente partielle malgré laquelle ils continuent à exercer leurs fonctions. Les conditions d'attribution sont prévues par le décret n° 2005-442 du 2 mai 2005 :

- pour les accidents de service ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10% ;
- pour les maladies listées dans les tableaux des maladies professionnelles du code de la sécurité sociale et remplissant les conditions prévues dans ces tableaux ou, lorsqu'une ou des conditions ne sont pas remplies, directement causées par le travail habituel de l'agent ;
- pour les maladies non désignées par les tableaux mais qui sont essentiellement et directement causées par le travail habituel de l'agent et qui ont entraîné une incapacité permanente d'au moins 25%.

11

Que se passe-t-il pour l'agent déclaré inapte totalement et définitivement après accident ou maladie imputable au service ?

Le fonctionnaire reconnu définitivement inapte à l'exercice de toute fonction à la suite d'un accident de service ou d'une maladie à cause exceptionnelle peut être mis à la retraite pour invalidité, sans condition d'âge ou de durée de services. Il percevra (art. 36 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 :

- la pension de retraite ;
- une rente viagère d'invalidité ;
- le cas échéant, une majoration spéciale.

Pour prétendre à la rente, le fonctionnaire doit être radié des cadres avant d'avoir atteint la limite d'âge. C'est la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) qui fixe le taux global d'invalidité, après avis de la commission de réforme, taux déterminé compte tenu du barème indicatif prévu pour les fonctionnaires de l'Etat (art. L.28, 4° alinéa du code des pensions civiles et militaires de retraite).

12

Qu'est-ce que le congé pour maladie à cause exceptionnelle ?

La maladie à cause exceptionnelle est contractée ou aggravée à l'occasion d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes. Ainsi, un agent peut être blessé ou atteint d'une maladie à l'occasion du don bénévole de son sang, ou exposer sa vie pour sauver celle d'autrui lors d'un prélèvement d'organe au bénéfice d'une tierce personne (don de moelle osseuse, par exemple). La maladie à cause exceptionnelle relève de l'article 57 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 (qui renvoie à l'article L.27 du code des pensions civiles et militaires de retraite). L'agent reconnu victime d'une maladie à cause exceptionnelle peut prétendre :

- à l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou à sa mise à la retraite ;
- au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie, même après la date de radiation des cadres pour mise à la retraite (art.57, 2°, loi du 26 janvier 1984).

13

De quelles protections sociales bénéficient les fonctionnaires stagiaires ?

Les stagiaires bénéficient d'un régime de Sécurité sociale spécial prévu par le décret n°77-812 du 13 juillet 1977. Ils ne dépendent donc pas du régime général de Sécurité sociale, sous réserve des règles relatives aux stagiaires à temps non complet effectuant moins de 28 heures hebdomadaires de service. Selon le type de prestations, les règles applicables aux stagiaires sont identiques soit à celles applicables aux fonctionnaires titulaires, soit à celles figurant au régime général.

A titre d'exemple, à la date de leur titularisation, les stagiaires victimes d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 % peuvent prétendre à une allocation temporaire d'invalidité à la double condition :

- d'être nommés sur un poste à temps complet ou à temps non complet correspondant à une durée hebdomadaire de service au moins égale à 28 heures ;
- d'être en fonction dans une collectivité immatriculée à la CNRACL.

14

De quelles protections sociales bénéficient les fonctionnaires à temps non complet ?

Sur le principe, les fonctionnaires à temps non complet bénéficient des mêmes congés que leurs homologues occupant un emploi à temps complet (congé maternité, paternité, d'accueil ou d'adoption), hormis pour le régime des congés pour raisons de santé. Ainsi, les fonctionnaires occupant un ou plusieurs emplois à temps non complet pour une durée au moins égale à 28 heures par semaine, relèvent du régime spécial de Sécurité sociale et bénéficient des mêmes congés pour raison de santé que les fonctionnaires occupant un emploi à temps complet (congé de maladie ordinaire, Citis, CLM, CLD).

A l'inverse, les fonctionnaires occupant un emploi à temps non complet inférieur à 28 heures, relèvent du régime général de la Sécurité sociale et peuvent donc prétendre au même congé de maladie ordinaire (art. 57 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1987), à un congé pour invalidité imputable au service (art.37 décret n°91-298 du 20 mars 1991) et à un congé grave maladie (art. 36 décret n°91-298 du 20 mars 1991).

15

De quelles protections sociales bénéficient les agents contractuels territoriaux ?

Les agents contractuels territoriaux relèvent du régime général de la Sécurité sociale conformément aux dispositions du décret n°88-145 du 15 février 1988.

A ce titre, ils peuvent prétendre :

- à un congé de maladie avec traitement ;
- à un congé de grave maladie avec traitement ;
- à un congé pour accident du travail ou maladie professionnelle avec traitement ;
- à un congé sans traitement, accordé soit parce que l'agent tombe malade et doit cesser ses fonctions mais ne remplit pas les conditions pour bénéficier d'un congé avec traitement, soit parce qu'il est temporairement inapte à reprendre ses fonctions à l'issue d'un congé de maladie, de grave maladie, de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption. Le maintien d'une rémunération durant le congé est assujéti à une condition de durée de services. En outre, les agents contractuels, au même titre que les fonctionnaires, ne perçoivent pas leur rémunération au titre du premier jour de congé de maladie.

16

De quelles protections bénéficie un agent contractuel en congé de maladie ordinaire ?

L'agent contractuel peut bénéficier d'un congé de maladie ordinaire, sous réserve qu'il remplisse une condition de durée de services. Conformément aux dispositions de l'article 7 du décret du 15 février 1988, ses droits sont :

- après quatre mois de services : un mois de congé à plein traitement et un mois à demi-traitement ;
- après deux ans de services : deux mois de congé à plein traitement et deux mois à demi-traitement ;
- après trois ans de services : trois mois à plein traitement et trois mois à demi-traitement.

Si l'agent se trouve, en l'absence de temps de services suffisants, sans droit à congé rémunéré de maladie, il est :

- soit placé en congé sans traitement pour maladie, pour une année maximum, en cas d'incapacité temporaire ;
- soit licencié, en cas d'incapacité permanente de travail.

Il a droit au maintien du supplément familial de traitement, à l'indemnité de résidence et à son régime indemnitaire si c'est prévu par délibération, par analogie avec le congé prévu pour les fonctionnaires.

17

De quelles protections bénéficie un agent contractuel placé en congé de grave maladie ?

L'agent contractuel justifiant de trois ans de services peut bénéficier d'un congé de grave maladie s'il est atteint d'une affection dûment constatée, le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée (art. 8 du décret n°88-145 du 15 février 1988). Les critères d'octroi du congé sont identiques à ceux qui fondent l'octroi du congé de longue maladie des fonctionnaires relevant du régime spécial. Il est accordé par périodes de trois à six mois, pour une durée maximale de trois ans. L'agent conserve son plein traitement durant douze mois, puis la moitié de son traitement les vingt-quatre mois suivants. L'agent contractuel a droit au maintien du supplément familial de traitement, l'indemnité de résidence et à son régime indemnitaire si c'est prévu par délibération, par analogie avec le congé de longue maladie prévu pour les fonctionnaires.

18

L'agent contractuel en congé de maladie ordinaire ou de grave maladie peut-il percevoir des indemnités journalières ?

En cas de maladie n'ayant pas le caractère de maladie professionnelle, l'agent contractuel a droit à des indemnités journalières, versées par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Elles lui sont versées :

- durant les congés de maladie avec traitement ;
- durant les congés de grave maladie ;
- durant les congés sans traitement.

L'indemnité journalière, qui est accordée pour chaque jour ouvrable ou non, est versée à partir du quatrième jour de l'incapacité de travail. Les trois premiers jours constituent le « délai de carence ». Celui-ci ne saurait avoir pour objet ou effet de permettre qu'une retenue soit appliquée sur les traitements des agents contractuels versés par l'employeur durant leurs congés de maladie au titre de la protection prévue par le décret du 15 février 1988 (CE, 6 avril 2018, req. n° 401858). L'indemnité journalière peut être servie pendant une période d'une durée maximale de trois ans.

19

A quelles prestations sociales peut prétendre un agent contractuel lorsque son indisponibilité est liée à un accident de travail ou une maladie professionnelle ?

L'agent contractuel en activité qui se trouve, après un accident du travail ou une maladie professionnelle, dans l'incapacité de travailler, bénéficie d'un congé jusqu'à sa guérison complète, la consolidation de sa blessure ou son décès (cf. art. 9 du décret n° 88-145). Pour ces agents, l'imputabilité au service est vérifiée par la CPAM.

Durant ce congé, l'agent contractuel a droit à son plein traitement, le supplément familial, l'indemnité de résidence et éventuellement son régime indemnitaire :

- pendant un mois s'il compte moins un an de service ;
- pendant deux mois après un an de service ;
- pendant trois mois après trois ans de service.

La consolidation des blessures met fin au congé lequel peut s'achever sans que l'agent soit en état de reprendre ses fonctions, ce qui est beaucoup moins avantageux que pour les fonctionnaires.

20

Durant son congé pour accident de travail ou maladie professionnelle, l'agent contractuel perçoit-il des prestations de la CPAM ?

L'agent contractuel perçoit, s'il remplit les conditions exigées, les indemnités journalières « accidents du travail et maladies professionnelles », versées par la caisse primaire. Le montant de ces prestations est calculé par rapport au « salaire journalier », lequel est déterminé selon les dispositions des articles R.433-4 et suivants du code de la sécurité sociale. Il est égal à :

- 60% du salaire journalier (art. L.433-2 et R.433-1 du code de la sécurité sociale) pendant les 28 jours suivant l'arrêt de travail ;
- 80% du salaire journalier (art. R.433-3 du code de la sécurité sociale) à partir du 29^e jour d'arrêt.

Le versement commence le premier jour suivant l'arrêt de travail consécutif à l'accident, et dure pendant toute la période d'incapacité de travail, jusqu'à la guérison complète, la consolidation de la blessure ou le décès (art. L.433-1 code de la sécurité sociale).

21

L'agent contractuel atteint d'une invalidité peut-il bénéficier de prestations ?

Oui, une rente d'invalidité ou une pension d'invalidité. La rente est versée aux agents contractuels atteints, à la suite d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle, d'une incapacité permanente d'au moins 10% (art. L.434-1, L.434-2 et R.434-1 code de la sécurité sociale). En cas d'incapacité permanente inférieure à 10%, une indemnité est versée en une seule fois. Ces prestations sont versées par la CPAM. Le montant de la rente est égal au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité (art. L.434-2 code de la sécurité sociale). La pension (art. L.341-1 et s. du code de la sécurité sociale) est versée par la CPAM, à condition de :

- présenter une invalidité d'au moins deux tiers ;
- ne pas avoir atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de retraite.

La « pension » d'invalidité n'est pas une pension de vieillesse, l'agent qui la perçoit n'est pas mis à la retraite anticipée pour invalidité.

22

Comment s'articule la protection sociale prévue par le décret du 15 février 1988 et celle du régime général de sécurité sociale ?

Durant le congé (pour maladie, accident du travail...) les prestations de la Sécurité sociale versées à l'agent contractuel doivent être combinées avec les sommes versées par la collectivité au titre du maintien d'une rémunération statutaire. La réglementation prévoit que les prestations en espèces servies en application du régime général de Sécurité sociale sont déduites du montant du traitement maintenu (art. 12, décret n° 88-145 du 15 février 1988).

Ainsi, l'agent contractuel doit communiquer à son employeur le montant des prestations ou des pensions de vieillesse allouées pour inaptitude en application du régime général de Sécurité sociale.

A défaut, l'autorité territoriale peut suspendre le versement du traitement jusqu'à la transmission de l'information.

Dans la pratique la collectivité peut être « subrogée » dans les droits de l'agent contractuel c'est-à-dire percevoir les prestations du régime général à sa place.

23

Qu'est-ce que la reprise à temps partiel thérapeutique ?

Le fonctionnaire en activité (titulaire ou stagiaire) peut être autorisé à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique. Les agents contractuels et les fonctionnaires à temps non complet affiliés au régime général peuvent également bénéficier d'une telle autorisation. Le temps partiel thérapeutique (art. 57 4° bis de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984), est destiné à permettre à un fonctionnaire de continuer à exercer une activité professionnelle malgré une incapacité temporaire et partielle de travail du fait de son état de santé. Cette reprise de fonction à temps partiel permet :

- soit le maintien ou le retour à l'emploi de l'agent territorial et est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ;
- soit à l'agent de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

24

Comment un temps partiel thérapeutique est-il autorisé ?

Le fonctionnaire souhaitant bénéficier d'un temps partiel thérapeutique adresse sa demande, accompagnée d'un certificat médical de son médecin traitant indiquant (art. 13-1, décret n° 87-602 du 30 juillet 1987) :

- la quotité de temps de travail demandée ;
- la durée du temps partiel thérapeutique ;
- les modalités d'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique prescrites.

Le temps partiel thérapeutique ne peut être inférieur au mi-temps. L'autorisation prend effet à la date de la réception de la demande par l'autorité territoriale, sauf si la consultation du comité médical, obligatoire à compter du 1^{er} février 2022, est nécessaire :

- réintégration de l'agent à l'issue d'un CLM ou d'un CLD ;
- réintégration de l'agent après douze mois de congé de maladie ordinaire ;
- reclassement à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire. Dès lors, l'autorisation ne prend effet qu'après l'avis du comité médical.

25

Pour quelle durée peut être autorisé un temps partiel thérapeutique ?

Le service accompli à temps partiel thérapeutique peut être exercé de manière continue ou discontinue dans la limite d'un an maximum (art. 57 4° bis, loi du 26 janvier 1984). Il est accordé et, le cas échéant, renouvelé par période de un à trois mois (art. 13-2, décret n° 87-602 du 30 juillet 1987).

Au terme de ses droits à exercer un service à temps partiel pour raison thérapeutique, le fonctionnaire peut bénéficier d'une nouvelle autorisation, au même titre, à l'issue d'un délai minimal d'un an. Le droit à temps partiel thérapeutique est donc reconstitué après un délai d'un an. L'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 reconnaît une portabilité de son droit en cas de mobilité dans la même fonction publique ou dans un autre versant de la fonction publique.

Ainsi, le fonctionnaire autorisé à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique conserve le bénéfice de l'autorisation qui lui a été donnée auprès de toute personne publique qui l'emploie.

26

Quels sont les effets du temps partiel thérapeutique sur la situation administrative et financière de l'agent ?

Le fonctionnaire autorisé à travailler à temps partiel thérapeutique perçoit l'intégralité de son traitement, du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence par dérogation aux dispositions de droit commun applicables aux agents à temps partiel. Il continue de percevoir la NBI. S'agissant de son régime indemnitaire, le champ du décret n° 2010-997 du 26 août 2020 a été élargi au temps partiel thérapeutique, permettant le maintien du régime indemnitaire au bénéfice des agents de l'Etat à temps partiel thérapeutique. En vertu du principe de parité, une collectivité pourrait décider, par délibération, du maintien du régime indemnitaire au bénéfice de ses agents en service à temps partiel thérapeutique. Les périodes de travail à temps partiel sont assimilées à des périodes à temps plein pour la détermination des droits à avancement, à promotion et à formation (art. 60, loi n° 84-53 du 26 janvier 1984).

27

De quelles protections sociales bénéficie un agent placé en congé maternité ?

La fonctionnaire (titulaires ou stagiaires), ou contractuelle en activité a droit à un congé pour maternité pendant lequel elle conserve l'intégralité de son traitement, du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence, la NBI ainsi que son régime indemnitaire. La demande de congé doit être accompagnée d'un certificat établi par le professionnel de santé qui suit la grossesse (art. 1^{er}, décret n° 2021-846 du 29 juin 2021). La transmission d'une déclaration de grossesse permet à l'agent de bénéficier d'autorisations d'absences pour assister aux examens obligatoires, aux séances préparatoires à l'accouchement et pour bénéficier d'aménagements horaires. Toutefois et même en l'absence de demande, l'agent doit d'office être placé en congé de maternité deux semaines avant la date présumée de l'accouchement et six semaines après l'accouchement, ce qui correspond à la période d'interdiction légale d'emploi de la femme en état de grossesse de huit semaines prévue par le code du travail.

28

Quelles protections sociales concernent un agent bénéficiant d'un congé paternité ou d'accueil de l'enfant ?

Les agents peuvent prétendre, en cas de naissance, au « congé de paternité et d'accueil de l'enfant » pendant lequel ils conservent l'intégralité de leur traitement, du supplément familial et de l'indemnité de résidence, la NBI et son régime indemnitaire (cf. art. 57, 5°, loi n° 84-53 du 26 janvier 1984). Ce congé est accordé au fonctionnaire père de l'enfant, au conjoint fonctionnaire de la mère ou lié à elle par un Pacs ou vivant maritalement avec elle. Il est accordé de droit mais l'agent doit formuler une demande un mois avant la date de début du congé. D'une durée de vingt-cinq jours (naissance unique) ou trente-deux jours (naissances multiples), il est fractionnable en deux périodes :
– quatre jours consécutifs devant être pris immédiatement après le congé de naissance de l'enfant ;
– vingt et un jours (ou vingt-huit jours si naissances multiples), pris de manière continue ou fractionnée, dans les six mois suivants la naissance de l'enfant.

29

De quelles protections sociales bénéficie un agent placé en congé pour adoption ?

Les agents territoriaux ont droit à un congé pour adoption pendant lequel ils conservent l'intégralité de leur traitement, du supplément familial et de l'indemnité de résidence, la NBI ainsi que son régime indemnitaire. Ce congé est ouvert à l'agent à qui l'autorité administrative compétente confie un enfant en vue de son adoption. Il peut être accordé à l'un ou l'autre des parents adoptifs (art. 57, 5°, loi du 26 janvier 1984). Lorsque les deux conjoints sont fonctionnaires en activité, celui-ci peut être réparti entre eux. L'agent qui fait la demande pour un tel et doit fournir les pièces justificatives listées à l'article 10 du décret n° 2021-846 du 29 juin 2021 :
– tout document attestant qu'il s'est vu confier un enfant par les divers organismes autorisés pour l'adoption et précisant la date de son arrivée au foyer ;
– une déclaration du conjoint adoptant qui atteste qu'il ne bénéficie pas d'un congé d'adoption au titre de l'enfant adopté ou, le cas échéant, que le congé est réparti entre les deux fonctionnaires adoptants.

30

De quelles protections sociales bénéficie un agent placé en congé de naissance ou en congé pour l'arrivée d'un enfant en vue de son adoption ?

Les agents peuvent prétendre, lors de l'arrivée d'un enfant au foyer, à un congé rémunéré de trois jours (art. 57, 5°, loi du 26 janvier 1984). Il est accordé au fonctionnaire père de l'enfant, au fonctionnaire conjoint de la mère ou lié à elle par un Pacs ou vivant maritalement avec elle. Un congé pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption est accordé à la demande de l'agent adoptant (art. 57, 5°). Il est accordé de droit à l'agent qui en fait la demande, fournissant copie du certificat établi par le professionnel de santé attestant de la grossesse ou tout document justifiant de la naissance de l'enfant ou son adoption. Durant ce congé, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement, du supplément familial et de l'indemnité de résidence. La rémunération de ce congé est à la seule charge de l'employeur. Ce dernier ne peut pas en obtenir le remboursement par les caisses d'allocation familiales.

31

Quel était le régime de participation des employeurs territoriaux à la protection sociale complémentaire avant le 1^{er} janvier 2022 ?

Depuis le 31 août 2012, date de la publication de la première liste des contrats et règlements labellisés, les collectivités territoriales et leurs établissements publics pouvaient participer au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents. Les employeurs territoriaux pouvaient ainsi aider leurs agents à se doter d'une protection sociale complémentaire en concluant une convention de participation avec un opérateur ou en aidant les agents qui avaient souscrit à un contrat ou adhéré à un règlement ayant fait l'objet d'une procédure de labellisation au niveau national. La participation des employeurs territoriaux à la protection sociale complémentaire restait cependant facultative, et dépendait donc de choix opérés par l'assemblée délibérante de la collectivité ou l'établissement après avis du comité technique.

32

Quels sont les changements effectifs au 1^{er} janvier 2022 en matière de protection sociale complémentaire ?

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, prise par le gouvernement par habilitation de l'article 40 de la loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019, relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique a modifié les dispositions relatives à la protection sociale complémentaire prévues par loi du 13 juillet 1983 et s'agissant plus précisément des agents territoriaux par la loi du 26 janvier 1984. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 sous réserve de dispositions transitoires prévues par l'ordonnance pour prendre en considération les contrats de garantie en cours d'exécution à cette date. Désormais, la participation des employeurs publics et notamment des collectivités territoriales et de leurs établissements n'est plus facultative mais devient obligatoire. La loi fixe ainsi une participation minimale obligatoire pour tous les employeurs territoriaux.

33

Que recouvre l'obligation de participation à la protection sociale complémentaire ?

L'obligation de participation porte sur la couverture d'une part du risque santé relatif à la maternité, la maladie ou l'accident et d'autre part des risques liés la prévoyance soit à l'incapacité de travail, l'inaptitude ou le décès. L'article 88-3 de la loi du 26 janvier 1984 prévoit ainsi que « les collectivités territoriales et leurs établissements publics participent au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient. Par dérogation [...], elles participent également [...] au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient ».

34

Quelles garanties sont concernées par le risque « santé » ?

Le risque « santé » de la protection complémentaire concerne trois volets : la maternité, la maladie ou l'accident. Sont comprises dans le risque « santé » au minimum les garanties définies au II de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale, applicables aux salariés. La couverture du risque « santé » comprend ainsi 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 prévue au I de l'article L. 60-13 du code de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;
- le forfait journalier d'hospitalisation prévu à l'article L.174 du code de sécurité sociale ;
- 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.

35

Quelles garanties recouvrent le risque lié à la prévoyance ?

La participation obligatoire des employeurs territoriaux concerne également les risques liés à la prévoyance, c'est-à-dire l'incapacité de travail, l'invalidité, l'inaptitude ou le décès.

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique n'a prévu une telle participation obligatoire uniquement pour la fonction publique territoriale.

La participation de l'employeur à la garantie prévoyance dans la fonction publique d'Etat et la fonction publique hospitalière reste facultative.

Contrairement au risque santé, la loi ne prévoit pas de garanties minimales. L'article 88-3 de la loi du 26 janvier 1984 renvoie ainsi à un décret le soin de préciser les garanties minimales que comprennent les contrats portant sur les risques prévoyance. Ce décret est en attente de parution.

36

Quels sont les montants de la participation obligatoire des employeurs territoriaux ?

Les taux minimums de la participation obligatoire des employeurs territoriaux à la protection sociale complémentaire sont fixés par l'article 88-3 de la loi du 26 janvier 1984.

Ces dispositions prévoient ainsi que s'agissant de la couverture du risque santé, le montant de la participation des employeurs territoriaux ne peut être inférieur à 50% d'un montant de référence fixé par décret.

S'agissant de la couverture du risque prévoyance, leur participation ne peut être inférieure à 20% d'un montant de référence fixé également par décret.

Ces montants sont bien des montants minimums qui peuvent servir de base à une négociation au sein de chaque collectivité territoriale ou de leurs établissements publics.

Le décret devant définir les montants de référence est toutefois toujours en cours d'élaboration.

37

Quels sont les bénéficiaires de cette participation obligatoire ?

Peuvent bénéficier de la participation obligatoire de leur employeur à la protection sociale complémentaire, les fonctionnaires, les agents contractuels de droit public et les retraités territoriaux.

Cette participation concerne les agents tant en position d'activité, détachés dans la collectivité, les agents en disponibilité pour raison de raison de santé, ou de manière plus générale les agents en position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au versement d'une rémunération.

S'agissant des retraités, ces derniers peuvent également bénéficier de cette participation obligatoire à la protection sociale complémentaire.

L'article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 prévoit ainsi que les retraités peuvent souscrire un contrat faisant l'objet d'une convention de participation conclue par leur dernière collectivité territoriale ou leur dernier établissement public d'emploi.

38

La liste des agents bénéficiaires est-elle exhaustive ?

Non. Si pour l'instant, le législateur a prévu que seuls les fonctionnaires, les agents contractuels et les retraités territoriaux pouvaient bénéficier de la participation obligatoire de leur employeur à la protection sociale complémentaire, l'ordonnance du 17 février 2021 renvoie au décret le soin de définir la liste des agents concernés, pouvant ainsi être élargie.

En effet, l'article 1^{er} II de l'ordonnance prévoit que cette participation peut être rendue applicable aux agents notamment des collectivités qui ne relèvent pas du champ d'application de la loi du 13 juillet 1983.

La liste de ces agents doit être fixée par décret en Conseil d'Etat mais ce dernier n'a toutefois pas encore été publié. Le bénéfice de la participation obligatoire des employeurs territoriaux pourrait ainsi être élargi aux agents de droit privé des collectivités tels que les agents recrutés via des contrats aidés ou des contrats d'apprentissage.

39

Quelles sont les modalités de sélection des garanties ?

Pour participer à la protection complémentaire de leurs agents et garantir les risques santé et prévoyance, les collectivités territoriales et leurs établissements peuvent recourir à deux types de contrat : des contrats labellisés ou des contrats conclus sur la base d'une convention de participation avec un organisme de protection sociale complémentaire.

En application de l'article 22 III de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, ces contrats doivent répondre à certaines conditions.

D'une part, ils doivent être conformes aux conditions prévues au II de l'article L.862-4 et à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

D'autre part, ces contrats doivent garantir la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, notamment en faveur des retraités et des familles.

Ces dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires seront précisés par un prochain décret.

40

Qu'est-ce qu'un contrat labellisé ?

Les employeurs territoriaux peuvent participer à la protection complémentaire de leurs agents en participant à des contrats de protection sociale complémentaire dits labellisés.

Ces contrats destinés à couvrir les risques santé ou prévoyance doivent en application de l'article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 mettre en œuvre des dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires.

Cette condition est attestée par la délivrance d'un label dans les conditions prévues à l'article L.310-12-2 du code des assurances. Cet article prévoit que l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut habiliter, sur leur demande, des prestataires chargés de labelliser les contrats ouverts à la souscription individuelle et les règlements éligibles à une participation des employeurs territoriaux en application de l'article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984.

Cette condition peut également être vérifiée dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence prévue dans le cadre de la conclusion d'une convention de participation.

41

Quels organismes sont susceptibles de proposer des contrats labellisés ?

Les contrats labellisés peuvent être proposés par les mutuelles ou unions relevant du livre II du code de la mutualité, les institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et les entreprises d'assurance mentionnées à l'article L.310-2 du code des assurances.

Le juge administratif est venu préciser que l'administration ne peut réserver un traitement particulier à l'un de ces organismes. Ainsi, le Conseil d'Etat a considéré qu'une administration ne peut réserver l'accès ponctuel de ses locaux aux seules mutuelles chargées de la gestion d'un régime légal obligatoire de Sécurité sociale ou ayant conclu avec elle un partenariat en matière d'action sociale et exclure toutes les autres mutuelles.

En effet, ledites mutuelles ne sont pas placées dans une situation différente de celle des autres mutuelles, dès lors que toutes proposent des prestations relevant de la protection sociale complémentaire qu'elles ont vocation à présenter aux agents (CE, 11 avril 2018, req. n° 407331).

42

Qu'est-ce qu'une convention de participation ?

L'article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 prévoit que les employeurs territoriaux peuvent également apporter leur participation aux contrats de protection sociale complémentaire au titre desquels ils ont conclu une convention de participation.

Cette convention, conclue entre l'employeur et l'un des organismes précités (mutuelles, institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance) peut porter sur les garanties relatives au risque santé et ou celles relatives au risque prévoyance.

La convention est conclue à l'issue d'une procédure de mise en concurrence dont le législateur exige qu'elle soit transparente et non discriminatoire, et qu'elle permette de vérifier que les dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires sont mis en œuvre.

Si une telle convention est conclue, l'employeur territorial ne pourra verser d'aide qu'aux agents ayant souscrit un contrat faisant l'objet de cette convention.

43

Quelle est la nature juridique de cette convention de participation ?

La convention de participation est un contrat de droit public et c'est en conséquence le juge administratif qui est compétent pour connaître des litiges relatifs à un tel contrat.

Ainsi, le juge administratif a considéré que « la nature de la convention souscrite, en application de ces dispositions, entre une collectivité territoriale, ou un centre de gestion de la fonction publique territoriale, et une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise d'assurance, ne fait pas, à ce jour, l'objet d'une jurisprudence établie. Eu égard tant à l'objet de ce contrat conclu par une personne de droit public qu'au régime auquel il est soumis, il n'apparaît pas insusceptible d'être qualifié comme un contrat de droit public. Par suite, la demande du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Gard ne peut être regardée comme se rattachant à un litige qui ne relève pas manifestement de la compétence de la juridiction administrative ». (CAA de Marseille, 30 octobre 2018, n° 18MA02885).

44

Les centres de gestion (CDG) peuvent-ils souscrire à des conventions de participation ?

Oui. Il s'agit même d'une obligation : les CDG ont désormais l'obligation de proposer une offre en matière de protection sociale complémentaire aux collectivités. Aux termes de l'article 25-1 de la loi du 26 janvier 1984, les CDG concluent pour le compte des collectivités des conventions de participation avec les mutuelles, les institutions de prévoyance ou les entreprises d'assurance. Les CDG peuvent en outre mutualiser leurs moyens et conclure des conventions à un niveau régional ou interrégional selon les modalités déterminées par le schéma régional ou interrégional de coordination, de mutualisation et de spécialisation des CDG, définies par l'article 14 de la loi du 26 janvier 1984. A l'instar des conventions conclues par les employeurs, elles doivent être conclues à l'issue d'une procédure de mise en concurrence transparente et non discriminatoire. La convention de participation peut couvrir l'un ou l'autre ou l'ensemble des risques en matière de santé et de prévoyance.

45

Les agents peuvent-ils adhérer à ces conventions de participation ?

Non. Ce sont les collectivités territoriales et les établissements publics qui peuvent adhérer pour leurs agents aux conventions conclues par les centres de gestion, en application de l'article 25-1 de la loi du 26 janvier 1984.

Les employeurs territoriaux peuvent ainsi adhérer aux conventions conclues par les centres de gestion pour un ou pour l'ensemble des risques relatifs à la santé ou à la prévoyance que recouvre la convention. L'adhésion de la collectivité territoriale ou de l'établissement public se fait par la signature d'un accord avec le centre de gestion de leur ressort. L'employeur territorial pourra ensuite verser une aide à ses agents ayant souscrit un contrat faisant l'objet de la convention du centre de gestion.

46

La participation obligatoire des employeurs territoriaux peut-elle faire l'objet d'un accord collectif ?

Oui, la loi prévoit qu'un accord valide intervenu au terme d'une négociation – c'est-à-dire signé par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives de fonctionnaires ayant recueilli, à la date de la signature de l'accord, au moins 50% des suffrages exprimés en faveur des organisations habilitées à négocier lors des dernières élections professionnelles organisées au niveau auquel l'accord est négocié – peut prévoir la souscription par la collectivité ou son établissement d'un contrat collectif pour la couverture complémentaire de tout ou partie des risques santé. Lorsqu'un tel accord existe, il peut prévoir la participation obligatoire de l'employeur au financement des garanties destinées à couvrir tout ou partie des risques liés à la prévoyance mais également la souscription obligatoire des agents à tout ou partie des garanties que le contrat collectif comporte.

47

A quelle date ces dispositions entrent-elles en vigueur ?

Les nouvelles mesures introduites par l'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique sont en principe entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 pour l'ensemble de la fonction publique : la fonction publique d'Etat et les fonctions publiques hospitalières et territoriales. Toutefois, s'agissant de la fonction publique territoriale, l'ordonnance du 17 février 2021 prévoit des dispositions transitoires notamment pour prendre en considération les conventions de participations qui seraient encore en cours d'application au 1^{er} janvier 2022. Pour que la réforme soit effective, un décret d'application en Conseil d'Etat est également nécessaire. Ce décret révisera ainsi les dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

48

Que prévoient les dispositions transitoires ?

L'ordonnance prévoit des dispositions transitoires s'agissant de la participation obligatoire des employeurs territoriaux. Ainsi, lorsqu'une convention de participation est en cours au 1^{er} janvier 2022, les nouvelles dispositions ne seront applicables à l'employeur qui l'a conclue qu'à compter du terme de cette convention. Mais surtout, le législateur a prévu une application différée pour les employeurs territoriaux en distinguant les garanties liées au risque santé à celles des garanties du risque prévoyance. D'une part, l'obligation de participation des employeurs territoriaux à la protection complémentaire s'agissant des garanties du risque prévoyance entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2025. D'autre part, l'obligation de participation des employeurs territoriaux à la protection complémentaire, s'agissant des garanties du risque santé, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

49

Le décret d'application cité dans l'ordonnance a-t-il été adopté ?

Non. L'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 prévoit bien qu'un décret doit fixer les modalités d'application du nouveau dispositif. Il devait notamment fixer la teneur des garanties minimales ainsi que le montant de référence des risques de santé et de prévoyance. Sur cette base, se dérouleront les négociations locales qui permettront aux employeurs de conclure des accords potentiellement plus ambitieux que les « planchers » fixés dans le futur décret.

Il devra pour mémoire fixer notamment les garanties minimales devant être accordés aux agents ainsi que les montants de référence applicables aux taux de participation des employeurs territoriaux à la protection sociale complémentaire.

Ce dernier est toutefois toujours en cours d'élaboration. Un projet de décret a bien été transmis par la DGCL au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale. Cependant, il est toujours en cours de négociation avec les organisations syndicales.

50

Quand doit avoir lieu le débat sur la protection sociale complémentaire au sein des assemblées délibérantes ?

L'article 4 de l'ordonnance n° 2020-17 du 17 février 2021 prévoit que les assemblées délibérantes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics doivent organiser un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire dans un délai d'un an à compter de la publication de l'ordonnance, soit avant le 18 février 2022. Ce débat devra ensuite avoir lieu dans les six mois suivant leur renouvellement général.

Cependant, l'ordonnance ne précise pas les modalités de ce débat.

En outre, en l'absence du décret d'application, les collectivités territoriales et leurs établissements ne connaissent pas les garanties et les montants de référence de leur participation à la protection complémentaire. Un tel débat avant le 18 février 2022 risquerait donc d'être limité à de simples déclarations de principes.