

La réforme de la protection sociale complémentaire depuis le 1^{er} janvier 2022

DOSSIER

PRATIQUE

STATUT



Mai 2025

Sommaire

Propos introductifs	4
I. Le distinguo protection sociale statutaire et protection sociale complémentaire	5
A. La protection sociale statutaire	5
B. La protection sociale complémentaire	7
1. La protection sociale complémentaire du risque Santé ou « Mutuelle »	7
2. La protection sociale complémentaire du risque Prévoyance ou « Perte de salaire »	7
3. Les bénéficiaires	7
II. L'instauration d'un débat obligatoire	8
A. Le contenu du débat	8
B. La période à laquelle faire le débat	8
C. Un débat sans vote	8
III. Les modalités de participation de l'employeur à la protection sociale complémentaire	9
A. La conclusion d'un contrat avec les organismes de protection sociale complémentaire	9
1. Les accords collectifs majoritaires	9
2. Les conventions de participation	10
B. La participation aux contrats labellisés souscrits par les agents	11
C. L'adhésion à une convention de participation conclue par les centres de gestion	11
D. Le montant de la participation	12

Textes de référence

- Code général de la fonction publique, articles L. 827-1 et suivants ;
- Loi n° 2019-828 du 6 aout 2019 de transformation de la fonction publique ;
- Ordinance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ;
- Décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités et de leurs établissements publics à leur financement ;
- 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.

Propos introductifs

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, prise sur le fondement de l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, **modifie les obligations des employeurs publics en matière de protection sociale complémentaire, en les obligeant à participer au financement d'une partie de la complémentaire « santé » ET « prévoyance » souscrite par leurs agents.**

Les collectivités et établissements publics ont désormais l'obligation de participer au financement du risque Santé, également appelé Mutuelle, et du risque Prévoyance, communément appelé « garantie perte de salaire » de leurs agents.

Cette nouvelle obligation a vocation à s'appliquer progressivement dans le temps.

Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 prévoit les garanties minimales que les employeurs devront respecter.

En conséquence, **les employeurs publics territoriaux devront participer obligatoirement** :

- Pour le risque Santé à 50% minimum d'un montant de référence de 30 euros, soit 15 euros par agent, à compter du 1er janvier 2026 ;
- **ET** Pour le risque Prévoyance à 20% minimum d'un montant de référence de 35 euros, soit 7 euros par agent, à compter du 1er janvier 2025.

Ce qui représente un minimum de 22 euros par agent et par mois soit un total de 264 euros par an et par agent.

Ces montants pourront être réévalués au plus tard 1 an avant l'entrée en vigueur de ces dispositions.

À SOULIGNER : ce dispositif a ainsi vocation à se déployer progressivement, notamment au regard des termes des conventions de participations existantes. En effet, l'article 4 de l'ordonnance du 17 février 2021 précise que « lorsqu'une convention de participation est en cours au 1er janvier 2022, les dispositions de la présente ordonnance sont applicables à l'employeur public qui l'a conclue à compter du terme de cette convention ».

Dès lors, les collectivités territoriales et établissements publics ont 1 an pour préparer cette obligation légale et notamment sur un plan financier.

Un prochain décret est à paraître et devrait finaliser la réforme. Une transposition est également attendue concernant l'accord national du 11 juillet 2023. En effet, ce dernier n'a pas d'effet juridique tant qu'il n'est pas transposé dans les textes.

La présente note a pour objet, dans l'attente de publication des nouveaux textes, de présenter le cadre juridique.

I. Le distinguo protection sociale statutaire et protection sociale complémentaire

A. La protection sociale statutaire

La protection sociale statutaire est prévue par le CGFP, dont l'article L. 822-1 dispose que « le fonctionnaire en activité a droit à des congés de maladie lorsque la maladie qu'il présente est dûment constatée et le met dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions ».

Ainsi, un fonctionnaire reste juridiquement en activité quand bien même il ne travaille pas du fait de son état de santé.

Il est alors rémunéré par son employeur et non par la sécurité sociale, pendant une certaine durée. La durée et le montant de la rémunération durant ces congés dépendent du type de congé d'une part mais aussi de la durée hebdomadaire de travail du poste sur lequel est affecté le fonctionnaire (régime d'affiliation).

Par exemple :

TYPE DE CONGÉ	FONCTIONNAIRES AFFILIÉS À LA CNRACL		FONCTIONNAIRES AFFILIÉS À L'IRCANTEC	
	Durée maximale	Rémunération versée par l'employeur	Durée maximale	Rémunération versée par l'employeur
MALADIE ORDINAIRE	1 an	3 mois : 100% 9 mois : 50%	1 an	3 mois : 100% 9 mois : 50%
LONGUE MALADIE	3 ans	1 an : 100% 2 ans : 50%	3 ans	1 an : 100% 2 ans : 50%
LONGUE DURÉE	5 ans	3 ans : 100% 2 ans : 50%		

La durée de la protection sociale varie bien :

- selon le régime d'affiliation de l'agent et donc sa durée hebdomadaire ;
- selon la nature du congé.

Pour les agents contractuels de droit public, les caractéristiques de la protection sociale statutaire gardent le même principe mais avec des durées différentes et une prise en charge hybride entre l'employeur territorial et la sécurité sociale (article 7 et suivants du décret n° 88-145 du 15 février 1988).

Par exemple :

TYPE DE CONGÉ	AGENTS CONTRACTUELS DE DROIT PUBLIC			
	ANCIENNETÉ	RÉMUNÉRATION VERSÉE PAR L'EMPLOYEUR	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
			MOINS DE 150H PAR TRIMESTRE	PLUS DE 150H PAR TRIMESTRE
MALADIE ORDINAIRE	Moins de 4 mois de service	NEANT	NEANT	50% à partir du 4 ^{ème} jour
	Après 4 mois de service	1 mois : 100% 1 mois : 50%		
	Après 2 ans de service	2 mois : 100% 2 mois : 50%		
	Après 3 ans de service	3 mois : 100% 3 mois : 50%		
GRAVE MALADIE	Après 3 ans de service	1 an : 100% 2 ans : 50%	NEANT	50% à partir du 4ème jour pendant 3 ans si affection longue durée

Ainsi, la protection statutaire des agents publics (fonctionnaires et agents contractuels de droit public) reste limitée dans le temps, et peut vite avoir pour conséquence d'engendrer d'importantes pertes de revenus en cas d'arrêt maladie prolongé.

Pour éviter ces difficultés, les agents publics ont fort intérêt à s'assurer personnellement pour profiter d'une protection sociale complémentaire.

B. La protection sociale complémentaire

La protection sociale complémentaire est une couverture sociale apportée aux agents publics qui vient en complément de celle prévue par le statut de la fonction publique et de celle de la sécurité sociale.

Il s'agit d'un mécanisme d'**assurance** qui permet aux agents de faire face aux conséquences financières des risques « prévoyance » et/ou « santé ».

LES DEUX VOLETS DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE :	→ protection sociale complémentaire du risque « santé »
	→ protection sociale complémentaire du risque « prévoyance »

1. La protection sociale complémentaire du risque Santé ou « Mutuelle »

Cette protection concerne le remboursement complémentaire en sus de l'assurance maladie de base des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Ces garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale :

- ① La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale,
- ② Le forfait journalier d'hospitalisation ;
- ③ 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.

RAPPEL : cette participation financière à hauteur de 15 euros minimum sera obligatoire dès le 1er janvier 2026.

2. La protection sociale complémentaire du risque Prévoyance ou « Perte de salaire »

Elle concerne la couverture complémentaire en sus des droits issus du régime de sécurité sociale obligatoire ou du statut des agents publics concernés, des conséquences essentiellement pécuniaires liées aux risques :

- d'incapacité de travail ;
- d'invalidité ;
- d'inaptitude ;
- ou de décès des agents publics.

RAPPEL : cette participation financière à hauteur de 7 euros minimum sera obligatoire dès le 1er janvier 2025.

3. Les bénéficiaires

Les bénéficiaires sont tous les agents de la collectivité en position d'activité :

Les fonctionnaires titulaires et stagiaires ;

Les agents contractuels de droit public ;

Les agents contractuels de droit privé.

Il n'est pas possible d'exclure une catégorie d'agent du bénéfice de la protection sociale complémentaire.

Ainsi, les agents en arrêts maladies, considérés comme étant en position d'activité, continuent de bénéficier de la participation employeur.

Les retraités bénéficient de la protection sociale complémentaire de manière indirecte par la solidarité imposée dans ces contrats. Notamment, les agents retraités peuvent adhérer à la convention de participation pour le risque Santé conclue par leur dernier employeur public.

II. L'instauration d'un débat obligatoire

Le code général de la fonction publique prévoit un débat obligatoire au sein de chaque assemblée délibérante qui porte sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire.

A. Le contenu du débat

L'ordonnance ne prévoit pas de contenu : il est donc librement fixé par chaque employeur qui va procéder à ce débat.

Néanmoins, des points clés peuvent être présentés comme :

- les enjeux de la protection sociale complémentaire ;
- la compréhension des risques : les situations de perte de salaire en cas de congés pour raison de santé ;
- le point sur la situation actuelle au sein de la collectivité/établissement en matière de protection sociale complémentaire (contrat, participation employeur) ;
- la présentation du nouveau cadre : obligation de participation à la prévoyance et à la mutuelle des agents,
- les objectifs quantitatifs et qualitatifs recherchés ;
- les ressources financières ;
- etc.

B. La période à laquelle faire le débat

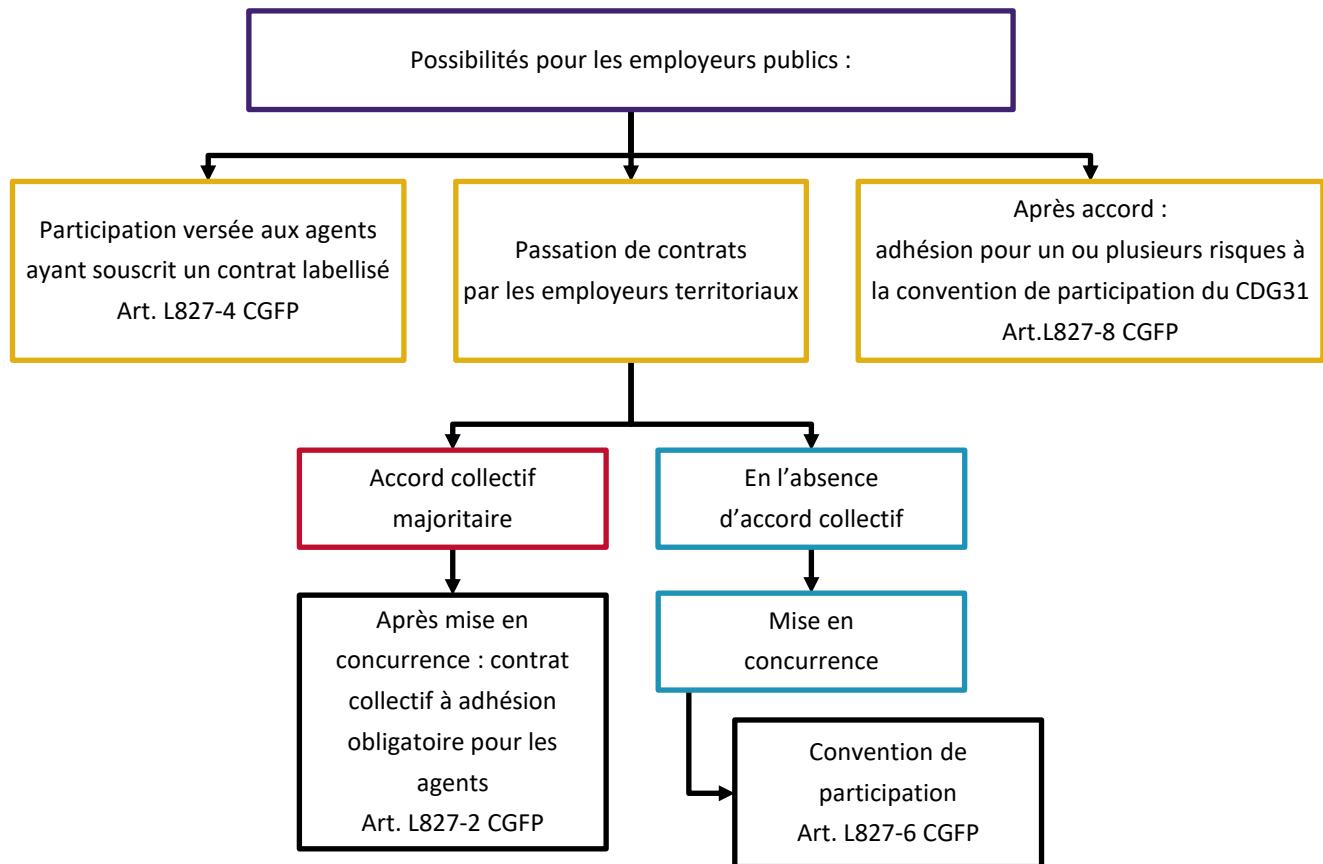
Ce débat doit obligatoirement avoir lieu dans les six mois suivants chaque renouvellement des assemblées délibérantes (article L. 827-12 CGFP).

À SOULIGNER : il appartiendra donc à chaque collectivité territoriale et établissement public de penser à programmer ce débat.

C. Un débat sans vote

Le débat ne donne pas lieu à un vote de l'assemblée délibérante. Aucune délibération n'est donc à adopter suite au débat.

III. Les modalités de participation de l'employeur à la protection sociale complémentaire



Les employeurs publics ont ainsi plusieurs voies :

- soit de conclure, dans le respect de la procédure, et notamment de mise en concurrence, des contrats directement avec les organismes de protection sociale complémentaire ;
- soit de participer à la convention labellisée souscrite par l'agent ;
- soit de passer une convention avec le centre de gestion.

A. La conclusion d'un contrat avec les organismes de protection sociale complémentaire

1. Les accords collectifs majoritaires

L'article L221-2 : « Les organisations syndicales représentatives et les autorités administratives et territoriales compétentes ont qualité au niveau national, au niveau local ou à l'échelon de proximité pour conclure et signer des accords portant sur les domaines mentionnés aux articles L. 222-3 ou dans les conditions prévues à l'article L. 222-4. »

Aux termes de l'article L222-3, « les accords [...] peuvent porter sur les domaines suivants : [...] 13° A la protection sociale complémentaire [...] ».

Ainsi, selon le niveau des négociations, les organisations syndicales représentatives sont celles qui disposent d'au moins un siège (article L221-3) :

- soit au sein du Conseil commun de la fonction publique ou au sein des conseils supérieurs propres à chaque fonction publique (pour la FPT : Conseil supérieur de la fonction publique territoriale) ;
- soit au sein des comités sociaux territoriaux placés auprès de l'autorité territoriale compétente.

À SOULIGNER : pour les collectivités territoriales et leurs établissements publics ne disposant pas d'un organisme consultatif, l'organisme consultatif de référence est le comité social territorial du centre de gestion auquel est rattaché la collectivité territoriale ou l'établissement public.

Dès lors, à la suite d'une négociation collective avec accord majoritaire le prévoyant, l'employeur public pourra, conformément à l'article L. 827-2 précité, après une procédure de mise en concurrence, conclure un contrat collectif pour la couverture « complémentaire santé ».

Cet accord collectif majoritaire peut également prévoir :

- la participation obligatoire de l'employeur public au financement de la PSC « prévoyance » ;
- l'adhésion obligatoire des agents publics à tout ou partie des garanties de ce contrat collectif.

Ces contrats à adhésion obligatoire seront éligibles aux mêmes dispositions fiscales et sociales que ceux dont bénéficient les salariés dans des conditions qui seront fixées en loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale.

Ces accords sont réputés valides dès qu'ils sont signés par une ou plusieurs organisations représentatives de fonctionnaires ayant recueilli au moins 50% des suffrages exprimés en faveur des organisations habilitées à négocier lors des dernières élections professionnelles organisées au niveau ou l'accord est négocié.

2. Les conventions de participation

Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence transparente et non discriminatoire permettant de vérifier que les dispositifs de solidarités entre les bénéficiaires sont mis en œuvre, conclure une convention des participations pour le risque santé, le risque prévoyance ou les deux.

Ces conventions peuvent être passées avec les mutuelles et unions, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance.

Dans ce cas, les collectivités et leurs établissements publics ne peuvent verser d'aide qu'au bénéfice des agents ayant souscrit un contrat faisant l'objet de la convention de participation.

Les agents n'ont, à ce jour, pas d'obligation d'adhérer à la convention de participation de leur employeur public.

Les retraités peuvent souscrire un contrat faisant l'objet d'une convention de participation conclue par leur dernière collectivité ou établissement public d'emploi. Cependant ces derniers ne peuvent pas recevoir de participation financière de la part de leur ancien employeur.

**Il est nécessaire de saisir le comité social territorial pour lancer la procédure.
Une nouvelle saisine est nécessaire lors de l'attribution de la convention de participation.**

B. La participation aux contrats labellisés souscrits par les agents

Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent choisir d'apporter leur participation à des contrats dits « labellisés » souscrits par leurs agents.

Il s'agit de contrats destinés à couvrir les risques de Santé ou Prévoyance mettant en œuvre les dispositifs de solidarité définis par décret.

Ces contrats sont caractérisés par la délivrance d'un label spécifique dans des conditions prévues par le code des assurances.

Ces contrats doivent 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 ;
- les entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances ;

La liste des contrats labellisés est disponible sur le site de la Direction Générale des Collectivités Locales (DGCL) : «contrats et règlements labellisés».

Pour choisir cette procédure, la collectivité doit demander l'avis du comité social territorial en précisant le montant de la participation employeur puis délibérer.

Pour bénéficier de cette participation, chaque agent devra fournir une attestation de labellisation de sa mutuelle ou de son contrat de prévoyance. L'agent doit être titulaire du contrat pour bénéficier de la participation de son employeur.

Chaque agent est donc libre de choisir son contrat labellisé.

C. L'adhésion à une convention de participation conclue par les centres de gestion

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les centres de gestion doivent assumer une nouvelle compétence obligatoire et conclure des conventions de participation pour le compte des collectivités et leurs établissements publics.

Le CDG31 a mis en place, après mise en concurrence, deux nouvelles conventions de participation au 1^{er} janvier 2024 pour le risque Santé et pour le risque Prévoyance.

Les prestataires retenus sont la MNT pour la Santé et Alternative Courtage / Territoria Mutuelle pour la Prévoyance.

Consultez la rubrique dédiée à la protection sociale complémentaire sur le site internet du CDG31 pour en savoir plus : <https://www.cdg31.fr/content/conventions-de-participation-2024-2029>

Les collectivités (affiliées ou non) peuvent adhérer à ces conventions de participation par le biais d'un accord signé. Il existe deux cas de figure :

-si votre collectivité a participé à la mise en concurrence en 2023 : vous pouvez rejoindre les conventions proposées à tout moment ;

-si votre collectivité n'a pas participé à la mise en concurrence en 2023 : vous devez en amont obtenir la validation du prestataire (MNT pour la Santé et Alternative Courtage pour la Prévoyance).

Rapprochez-vous de notre service santeprevoyance@cdg31.fr pour ce faire.

La saisine du comité social territorial est nécessaire avant de pouvoir délibérer pour l'adhésion à l'une ou aux deux conventions de participation proposées par le CDG 31.

D. Le montant de la participation

Il sera nécessaire de respecter les montants minimums de 7€ en Prévoyance dès le 1^{er} janvier 2025 et de 15€ en Santé dès le 1^{er} janvier 2026.

La participation est fixée par un montant unitaire. Dès lors, une participation fixée en pourcentage de la cotisation de l'agent ne serait pas légale.

Chaque employeur est libre de fixer le montant de participation pour chaque risque, dans le respect des minimums, par délibération après avis du comité social territorial.

Il convient cependant de préciser que le montant de la participation versé par l'employeur ne pourra en aucun cas dépasser la cotisation due par l'agent.

La participation sera due à tout agent remplissant les conditions pour en bénéficier, c'est-à-dire à tout agent qui, le cas échéant :

- présente une attestation de Labellisation si la collectivité a délibéré en ce sens ;
- adhère à la convention de participation proposée par son employeur.

Il n'est pas possible d'exclure une catégorie d'agent du bénéfice de la participation employeur.

La participation peut être modulée dans un but d'intérêt social, en fonction de la situation familiale ou de la rémunération.

Ainsi, il n'est pas possible de fixer une participation plus importante pour les agents bénéficiant d'une rémunération plus élevée.

Il est possible de moduler la participation de la manière suivante : en « Santé » : 15€ minimum par agent et 5€ supplémentaire par enfant à charge.

Il est tout à fait possible de participer via une convention de participation pour la Prévoyance et la labellisation pour la Santé. En revanche, il n'est pas possible de participer via ces deux modalités pour un même risque.



CDG31
Conseil et expertise

590, rue Buissonnière - CS 37666
31676 LABEGE CEDEX

Tél : 05 81 91 93 00 - Télécopie : 05 62 26 09 39

Site Internet : www.cdg31.fr

Mél : contact@cdg31.fr

*© CDG31. Tous droits réservés. [2025].
Toute exploitation commerciale est interdite*