



MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de
l'administration et de
la fonction publique

Groupe de travail
du 14 décembre 2022

Négociations relatives à la
prévoyance

Ordre du jour

Le couplage des garanties santé et prévoyance

Incapacité de travail :

- Comparaison des couvertures appliquées dans les secteurs privé et public
- Focus sur la situation des contractuels



MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de
l'administration et de
la fonction publique

Le couplage des garanties santé et prévoyance

Définition : que vise-t-on quand on parle de « couplage » ?

Un principe inscrit dans le dispositif de référencement

L'organisme référencé doit proposer une offre alliant la couverture du risque santé et du risque prévoyance : c'est le « couplage ».

« Consacrant un principe dans les règlements des mutuelles de la fonction publique, le décret du 19 septembre 2007 impose, pour les actifs, le couplage entre les garanties santé et une partie des garanties de prévoyance : pour être éligibles à la participation des employeurs, les garanties doivent comporter à la fois la couverture des risques santé, incapacité de travail et « tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès »*

Le référencement permettait ainsi d'assurer une couverture des agents sur les deux risques dans le cadre d'un contrat référencé → via le contrat santé, les agents publics adhèrent obligatoirement au contrat prévoyance.

**Rapport de l'IGAS sur la protection sociale des agents publics, juin 2019*

Contexte : le nouveau dispositif de protection sociale complémentaire, une mutualisation des risques via l'adhésion obligatoire

Accord interministériel du 26 janvier 2022 et décret du 22 avril 2022

En santé : Conformément à l'accord interministériel, le décret créé le régime obligatoire de PSC en santé dans la FPE qui se substitue au référencement.

L'entrée en vigueur du contrat collectif obligatoire en santé met un terme aux contrats dit « référencés ».

En prévoyance : L'article 11 de l'accord interministériel prévoit la mise en œuvre des négociations relative à la prévoyance statutaire et complémentaire.

Ces négociations pourront mettre en place des contrats collectifs à adhésion obligatoire ou facultative.

Rappel de l'objectif du projet d'accord sur la prévoyance : Améliorer les droits à la fois par le volet statutaire et par la couverture complémentaire

La négociation en matière de prévoyance doit permettre de :

- 1) parvenir à une amélioration du niveau de couverture des agents
- 2) créer des conditions qui favorisent le retour dans l'emploi

L'amélioration de la couverture des agents peut mobiliser deux leviers:

- les « régimes statutaires » - qui correspond aux garanties versées directement par l'employeur
- la création d'une couverture complémentaire, obligatoire ou facultative

Ces deux leviers peuvent se combiner.

Les garanties complémentaires proposées par les organismes d'assurance ne peuvent être définies qu'en complément des garanties statutaires.

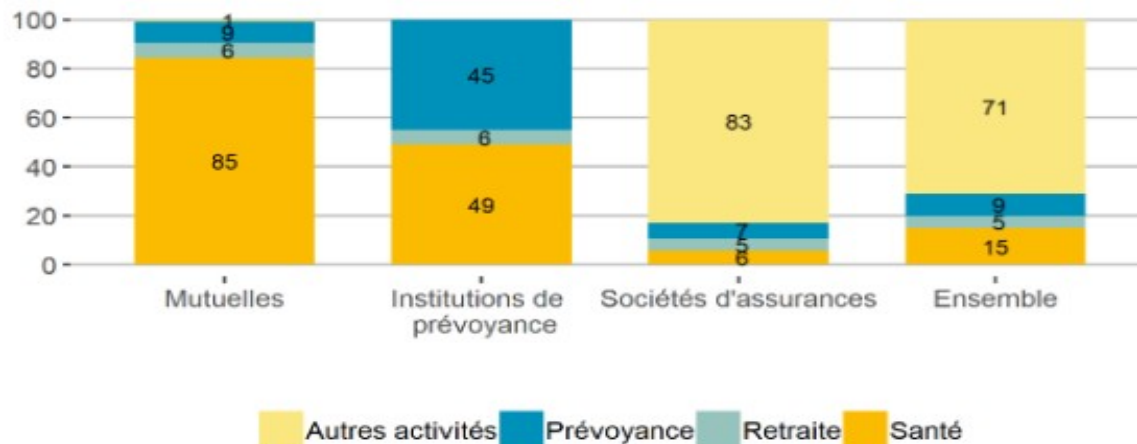
Objectif : Elargir le choix de l'organisme d'assurance

Le marché de la PSC est composé de 3 familles d'acteurs :

- **Les mutuelles** régies par le code de la mutualité
- **Les institutions de prévoyance** régies par le code de la sécurité sociale
- **Les sociétés d'assurance** régies par le code des assurance

Répondant chacun à des spécificités

Graphique 1.3 – Répartition de l'activité par type d'organisme en 2018 (En % des cotisations collectées)



Rapport 2020 de la DREES –
La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (page 12)

Objectif : Elargir le choix de l'organisme d'assurance

Le maintien d'un couplage obligatoire des garanties santé et prévoyance tel que prévu par les contrats référencés limiterait :

- le nombre des organismes complémentaires pouvant être choisis,
- la capacité des organismes complémentaires à répondre aux appels d'offre.

Le découplage des garanties permet de choisir le mieux-disant pour chacun des risques. Les effets peuvent se ressentir sur les tarifs, la gestion, la redistribution et le choix des garanties (panel plus large).

Il est possible de faire le choix d'une offre intégrée (permettant par exemple une politique de prévention intégrée santé - prévoyance) ou de travailler risque par risque.

**Rapport 2020 de la DREES –
La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (page 12)*

Objectif: Permettre une meilleure articulation des différents régimes de couverture

La faculté de se couvrir au titre d'un seul risque et non plus de deux permettrait aux agents publics éligibles au contrat santé de leur conjoint, d'adhérer au seul contrat prévoyance de la fonction publique et inversement.

Par exemple : Un agent couvert à titre gratuit par la couverture santé de son conjoint travaillant dans le secteur privé devait dans le cadre du référencement :

- Soit adhérer à un contrat couplé en santé et en prévoyance, et donc s'acquitter d'une cotisation pour une couverture santé dont il n'avait pas l'utilité ;
 - Soit renoncer à la couverture prévoyance proposée par son ministère.
- **En cas de découplage, il pourra faire le choix d'adhérer uniquement au contrat de prévoyance de la fonction publique et ne s'acquitter d'aucune cotisation santé.**
- **Une alternative serait de prévoir la possibilité, dans cette situation, de n'adhérer qu'à la couverture prévoyance.**

Éléments assurant la continuité des prestations prévoyance

Les prestations différées

Le droit de la protection sociale complémentaire répond au principe selon lequel « la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant son exécution ».

Issues de l'article 7 de la loi Evin, ces dispositions répondent à un principe transversal. En effet, c'est dans des termes équivalents que le Conseil d'Etat l'applique au titre des principes applicables aux contrats administratifs passés en matière d'assurance et que les conventions de référencement et les notices d'information conclues dans la FPE organisent la poursuite des prestations en cours de service.

Concrètement, cela signifie que la prestation de prévoyance en cours de paiement au jour de la résiliation du contrat référencé continuera d'être versée à l'agent par l'organisme résilié.

En revanche, les sinistres réalisés postérieurement à la résiliation du contrat référencé ne seront pas pris en charge par l'organisme référencé.

Les provisions

Les organismes d'assurance sont soumis à des obligations de provisions notamment en vertu des règles issues de la réglementation Solvabilité II (v. L.351-2 du code des assurances).

Le transfert des engagements et des provisions peut être prévu contractuellement. Ce devra être un point de vigilance dans la construction des appels d'offre.



**MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale de
l'administration et de
la fonction publique**

Comparaison des couvertures appliquées dans les secteurs privé et public

Risque incapacité

Fonctionnaire	Contractuel	Salarié
<p>3 types de congé</p> <p>Congé maladie ordinaire (CMO) 12 mois maximum dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 mois à plein traitement - 9 mois à demi-traitement (avec primes) <p>Congé longue maladie (CLM) 3 ans maximum dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 an à plein traitement - 2 ans à demi-traitement (sans primes) <p>Congé longue durée (CLD) 5 ans maximum dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 ans à plein traitement - 2 ans à demi-traitement (sans primes) <p>CLM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rétroactivité du CLM sur le CMO - Reconstitution après 1 an d'activité <p>CLD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rétroactivité du CLM sur le CLD - Attribution unique 	<p>3 niveaux d'ancienneté (congé de maladie)</p> <p>Ancienneté > 4 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 mois à plein traitement - 1 mois à demi-traitement <p>Ancienneté > 2 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mois à plein traitement - 2 mois à demi-traitement <p>Ancienneté > 3 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 mois à plein traitement - 3 mois à demi-traitement <p>& Congé grave maladie (CGM) (ancienneté > 3 ans) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 mois à plein traitement - 24 mois à demi-traitement <p>Le contractuel bénéficie d'indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS) (= à 50 % du SR dans la limite de 1,8 SMIC) s'il remplit les conditions d'affiliation requises par le CSS</p>	<p>3 intervenants</p> <p>Sécurité sociale (après 3 jours) : 50% du salaire de référence, ce dernier étant limité à 1,8 SMIC</p> <p>Employeur (après 7 jours)</p> <ul style="list-style-type: none"> - selon l'ancienneté (de 0 à 180 jours) - dégressivité (de 90% à 66,6%) <p>→ Amélioré par les conventions d'entreprise et de branche (jusque 100 % du salaire les 3 premiers mois pour les plus généreuses).</p> <p>Contrat de prévoyance à adhésion obligatoire (intervention après 3 mois le plus souvent)</p> <p>Parmi les 35 accords de branche de plus de 100 000 salariés (11 M de salariés) :</p> <p>→ 10,8 M de salariés ont accès à une garantie incapacité</p>

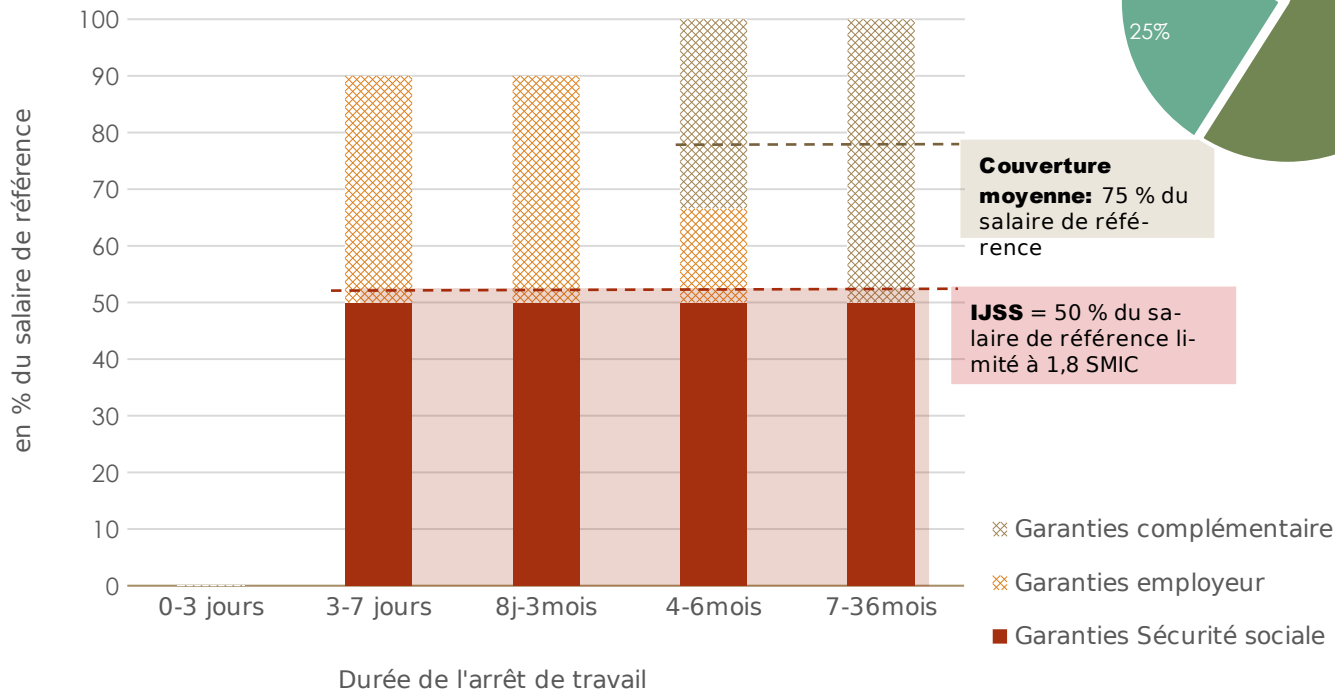
Risque incapacité – Secteur privé

Hypothèse

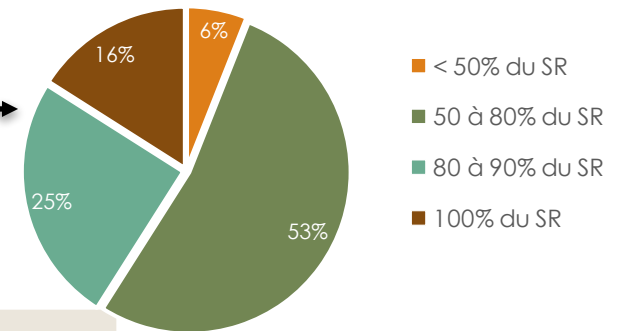
- Complément employeur à hauteur de 90 % pendant 3 mois
- Intervention de la complémentaire après 3 mois (histogramme cumulatif des 3 intervenants)

Salarié du privé

Couverture variable en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise et des garanties complémentaires (de 50 à 100 %)



Couverture complémentaire Sécurité sociale incluse (Répartition par branche)



Couverture moyenne: 75 % du salaire de référence

IJS = 50 % du salaire de référence limité à 1,8 SMIC

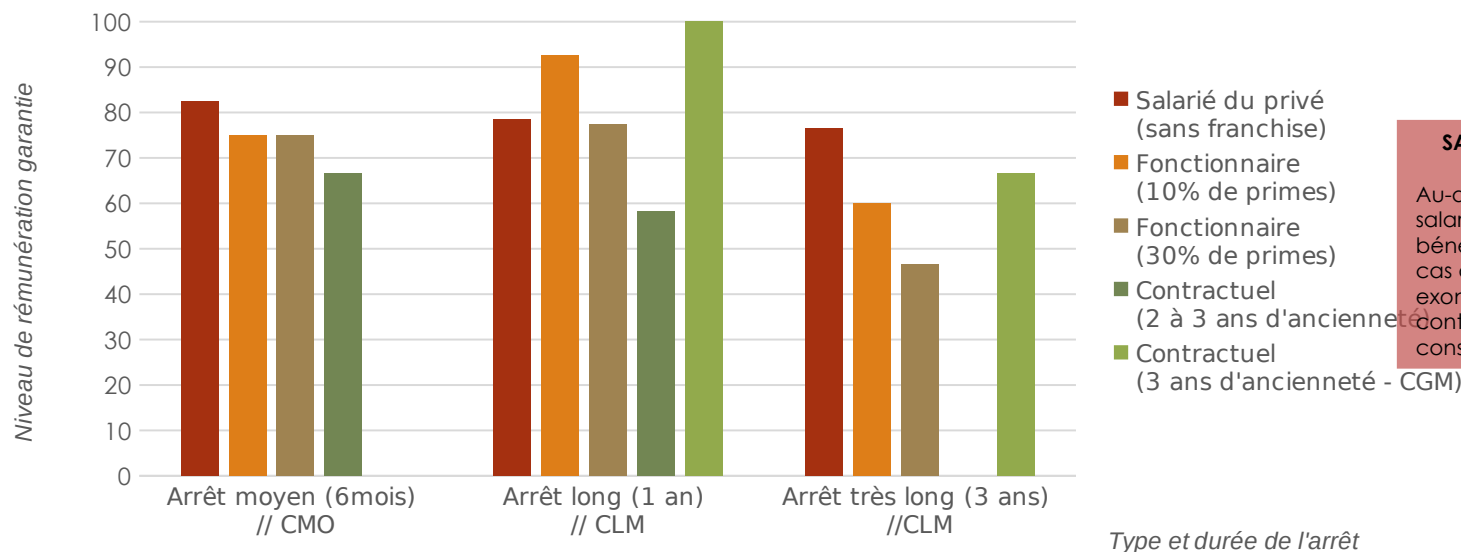
- ⊗ Garanties complémentaire
- ⊗ Garanties employeur
- Garanties Sécurité sociale

Risque incapacité – Salarié/Fonctionnaire/Contractuel

Profils comparés	
Salarié du privé	Employeur 3 mois à 90% Complémentaire à 75%
Fonctionnaire	Congé maladie ordinaire (CMO) Congé longue maladie (CLM)
Contractuel	Ancienneté entre 2 et 3 ans (hors CGM) Rémunération = 1,8 SMIC

Ressources moyennes au cours de la période, en % de la rémunération complète	Arrêt moyen (6mois) // CMO	Arrêt long (1 an) // CLM	Arrêt très long (3 ans) //CLM
Salarié du privé	82,5	78,5	76,25
Fonctionnaire (10% de primes)	75	92,5*	60
Fonctionnaire (30% de primes)	75	77,5*	46,6
Contractuel (2 à 3 ans d'ancienneté)	66,6	58,3	
Contractuel en CGM (ancienneté > 3 ans)		*3 mois de CMO et 9 mois de CLM	

Garanties incapacité Salarié/Fonctionnaire/Contractuel





**MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale de
l'administration et de
la fonction publique**

Focus sur la situation des contractuels

La couverture du risque incapacité de travail dans la FP - Présentation des droits à congé pour raison de santé des agents contractuels de droit public

Les agents perçoivent directement de la part de leur caisse de sécurité sociale les indemnités journalières maladie qui sont déduites du plein ou demi-traitement indiciaire maintenu par leur employeur.

Congé	Durée maximale	<i>Condition de durée de service</i>	<i>Rémunération</i>
Congé de maladie	Sur une période de 12 mois*	4 mois de services	Après 4 mois de services : 1 mois à plein traitement suivi de 1 mois à demi-traitement Après 2 ans de services : 2 mois à plein traitement suivi de 2 mois à demi-traitement Après 3 ans de services : 3 mois à demi-traitement suivi de 3 mois à plein traitement
Congé de grave maladie CGM	3 ans	3 ans de services	12 mois à plein traitement suivi de 24 mois à demi-traitement
Congé sans salaire	12 mois (+6 mois)	Lorsque l'agent n'a pas de droit à congé pour raison de santé rémunéré	Aucune Le cas échéant, l'agent peut percevoir les indemnités journalières de sécurité sociale

*En cas d'arrêt maladie indemnisé par l'employeur au cours des 12 derniers mois, la durée de versement est déduite du nombre de jours déjà indemnisés.