

Note d'information mutualisée

La participation financière des employeurs en matière de protection sociale complémentaire (PSC)

MAJ : 30/03/2023

Références :

- *Code Général de la Fonction Publique (CGFP)*
- *Code de la sécurité sociale*
- *Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, article 40*
- *Loi n°2022-1726 du 30 décembre 2022 de finances pour 2023*
- *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°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement*
- *Décret n° 2022-1244 du 20 septembre 2022 relatif à l'exclusion de la participation des employeurs publics au financement de la protection sociale complémentaire des assiettes de cotisations sociales*
- *Ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique*
- *Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le 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*
- *Arrêté du 8 novembre 2011 relatif à la composition du dossier de demande d'habilitation des prestataires habilités à délivrer les labels pour les contrats et règlements ouvrant droit à participation à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique territoriale*
- *Arrêté du 8 novembre 2011 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal officiel de l'Union européenne pour le choix des organismes en cas de convention de participation*
- *Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation*

Sommaire :

I. Introduction.....	3
A. La définition de la protection sociale complémentaire	3
B. L'évolution juridique	3
II. Les agents bénéficiaires et les contrats concernés par la protection sociale complémentaire	5
A. Le public concerné par la participation financière des employeurs publics.....	5
B. Les contrats concernés par la protection sociale complémentaire	6
1- Les risques couverts par les contrats.....	6
2- Les organismes pouvant proposer les contrats.....	9
3- Les garanties de solidarité exigées des contrats ouvrant droit à participation	9
III. Les modalités de participation.....	12
A- La labellisation.....	12
B- La procédure de mise en concurrence, la convention de participation	13
IV. Les modalités de participation financière des collectivités territoriales	17
A. Le passage d'une participation facultative à une participation obligatoire	17
B. Le montant de la participation	18
C. La mise en œuvre de la participation.....	19
1- Le versement de la participation	20
2- Les possibilités de modulation	21
V. Le régime social et fiscal de la participation.....	22
A- Les conditions d'application du régime de faveur	22
1- Le caractère collectif.....	22
2- Le caractère obligatoire.....	23
B- Le montant des exonérations.....	24
1- Le régime social de la participation.....	24
2- Le régime fiscal de la participation.....	26
VI. Le rôle des Centres de Gestion	28
VII. Les suites de l'ordonnance du 17 février 2021	29
A. Un débat sur la protection sociale complémentaire	29
B. La possibilité de négocier un accord collectif en matière de complémentaire santé ..	30
C. Le calendrier de mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance du 17 février 2021	30
ANNEXES.....	32

I. Introduction

A. La définition de la protection sociale complémentaire

La participation sociale complémentaire est une couverture sociale facultative apportée aux agents publics. Elle est constituée par les prestations financières venant en complément de celles du régime obligatoire de protection sociale fournies à chaque assuré.

La protection sociale complémentaire est destinée à couvrir :

- Soit les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité, désignés sous la dénomination de risque « **santé** » ;
- Soit les risques liés à l'incapacité de travail, l'invalidité ou le décès, désignés sous la dénomination de risque ou de complémentaire « **prévoyance** » ;
- Soit les deux risques : « **santé** » et « **prévoyance** ».

La protection sociale complémentaire ne doit pas être confondue avec l'action sociale qui correspond à un autre champ d'action des collectivités territoriales.

L'action sociale se définit comme les mesures individuelles et collectives qui visent « à améliorer les conditions de vie des agents et de leurs familles notamment dans les domaines de la restauration, du logement, de l'enfance et des loisirs, ainsi qu'à les aider à faire face à des situations difficiles » ([article L.731-1 du CGFP](#)).

B. L'évolution juridique

Le principe d'une participation financière des employeurs aux contrats « santé » et « prévoyance » des salariés du secteur privé est ancien. Il a mis plus longtemps à s'implanter dans le secteur public et les collectivités locales.

Dans un premier temps, une circulaire du 15 mai 1993 ouvrait la possibilité aux collectivités territoriales de subventionner les mutuelles constituées entre agents territoriaux destinées à développer leur action sociale et à participer à leur couverture des risques sociaux assurés par ces mutuelles.

Par un arrêt en date du 26 septembre 2005, le Conseil d'État a déclaré illégale et contraire aux recommandations européennes la base juridique qui permettait le versement de ces subventions, dans la mesure où seules les mutuelles exclusivement composées d'agents publics pouvaient en être bénéficiaires. Ce dispositif constituait une entrave à la libre concurrence (CE, 26 septembre 2005, n° 262282).

À la suite de cet arrêt, les subventions accordées aux collectivités territoriales sur la base de cette circulaire du 15 mai 1993 étaient ainsi dépourvues de base légale.

Dans un second temps, [la loi n° 2007-148 du 2 février 2007](#) de modernisation de la fonction publique est ainsi venue préciser que les collectivités pouvaient participer à la protection

sociale complémentaire de leurs agents pour les contrats présentant des garanties de solidarité, notamment intergénérationnelle.

Les modalités de vérification de cette solidarité intergénérationnelle devaient être précisées par un décret d'application.

Le décret d'application, ainsi que 4 arrêtés connexes, sont finalement parus en novembre 2011 ([décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011](#)). Ils ont fait l'objet d'une [Circulaire d'application NOR RDFB1220789C du 25 mai 2012](#).

Ce décret reconnaît, dans le secteur public, le principe **d'une participation financière facultative** des employeurs locaux aux contrats « santé » et « prévoyance » des agents, par le biais de deux dispositifs que sont **la labellisation** et **la convention de participation**.

Cette participation financière facultative apparaissait de moins en moins adaptée et peu équitable par rapport au secteur privé, dans la mesure où la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a généralisé, pour l'ensemble des salariés de droit privé, la participation obligatoire des employeurs à leur couverture complémentaire.

À ce titre, [l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019](#) de transformation de la fonction publique a habilité le Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnance, les dispositions relatives à la redéfinition de la participation des employeurs publics à la protection sociale complémentaire de leurs personnels et les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers, pour favoriser leur couverture sociale complémentaire.

Publiée au Journal Officiel du 18 février 2021, [l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique](#) redéfinit les principes généraux applicables à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique et renforce l'implication des employeurs publics en imposant **une participation financière obligatoire**.

Depuis la parution de l'ordonnance, sont ainsi parus :

- La [loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 \(article 16\)](#) de financement de la sécurité sociale pour 2022 qui a **harmonisé le régime social et fiscal applicable au secteur public avec celui existant dans le secteur privé** ;
- Le [décret n°2022-581 du 20 avril 2022](#) qui définit les **montants de référence de la participation employeur à la prévoyance et à la santé** et qui précise les **garanties minimales des contrats** destinés à couvrir les risques en matière de prévoyance.

Dans l'attente de précisions complémentaires relatives à la participation des employeurs publics à la protection sociale complémentaire, le choix a été fait de reprendre les dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

Cette note sera actualisée suite à la parution des textes réglementaires à venir.

II. Les agents bénéficiaires et les contrats concernés par la protection sociale complémentaire

A. Le public concerné par la participation financière des employeurs publics

Tous les agents territoriaux peuvent bénéficier directement de la participation mise en place par l'employeur territorial qui les emploie (*article L.827-1 et L.827-9 du CGFP et article 1 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Dès lors, peuvent bénéficier directement de la participation mise en place par un employeur territorial :

- **les fonctionnaires stagiaires et titulaires,**
- **les agents contractuels de droit public,**
- **les agents de droit privé.**

L'article 1^{er} II de l'ordonnance du 17 février 2021 réaffirme que **les agents contractuels de droit privé** (contrats aidés, apprentis etc.) bénéficient de la participation financière des employeurs aux garanties de protection sociale complémentaire en précisant que ce dispositif peut être rendu applicable aux agents que les personnes publiques emploient et qui ne relèvent pas du champ d'application de la loi du 13 juillet 1983 (*codifiée au sein du Code Général de la Fonction Publique*).

Les agents retraités ne peuvent pas percevoir de participation de leur dernier employeur territorial. Ils peuvent néanmoins adhérer à un contrat de protection sociale complémentaire. Ils peuvent souscrire un contrat faisant l'objet d'une convention de participation conclue par leur dernière collectivité ou établissement public d'emploi (*article L.827-6 du CGFP et article 1 et 3 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Ils bénéficient, de façon indirecte, des effets sur la cotisation de la participation versée aux agents en activité et peuvent ainsi adhérer à des garanties complémentaire Santé dont le tarif ne peut pas excéder le triple de la cotisation demandée à un agent en activité âgé de 30 ans (article 28 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).

L'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire est facultative pour les agents et retraités (*article 3 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Une **information générale** sur le dispositif de participation à la protection sociale complémentaire est assurée par le ministre chargé des collectivités territoriales. Les agents retraités reçoivent quant à eux une information par la caisse de retraite (CNRACL, IRCANTEC) qui assure le paiement de leur pension (*article 22 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

B. Les contrats concernés par la protection sociale complémentaire

1- Les risques couverts par les contrats

Sont éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics les contrats destinés à couvrir le risque santé et/ou le risque prévoyance (*article 2 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

a) Le risque santé

Le contrat relatif au risque santé est destiné à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.

Les garanties sont au minimum celles définies au II de [l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale](#) (*article L.827-1 et L.827-10 du CGFP*) qui vise 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. 160-13 du Code de la sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires,
- Le forfait journalier supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux,
- 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.

b) Le risque prévoyance

Le contrat relatif au risque prévoyance est destiné à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'incapacité ou de décès (*article L.827-11 du CGFP*).

Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 précise les garanties **minimales** que comprennent les contrats portant sur le risque prévoyance.

Le décret distingue :

- **Les fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) :** les fonctionnaires dont la durée hebdomadaire de service est égale ou supérieure à 28 heures (*article 1 décret n° 2022-244 du 25 février 2022*) ;
- **Les agents affiliés au régime général de la sécurité sociale :** les fonctionnaires dont la durée hebdomadaire de service est inférieure à 28 heures et les agents contractuels de droit public et de droit privé.

- Les fonctionnaires affiliés à la CNRACL (*article 3 décret n° 2022-581 du 20 avril 2022*)

Pour le risque d'incapacité temporaire de travail	Pour le risque d'invalidité
Indemnités journalières complémentaires versées <u>à compter du passage à demi-traitement et jusqu'à épuisement des droits à congés de maladie ordinaire, de longue maladie et de longue durée.</u> Elles garantissent une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets (<i>déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur, sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes en cas de placement rétroactif dans une autre position statutaire</i>).	Les fonctionnaires perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % de leur traitement net de référence, sous réserve : - 1° D'avoir été mis à la retraite pour invalidité ; - 2° En outre, de ne pas avoir atteint l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale : 62 ans pour les personnes nées à compter du 1er janvier 1955. Le montant de cette rente est réévalué au 1^{er} juillet de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré constatée au cours des douze derniers mois et selon le taux défini par l'organisme d'assurance.
Indemnités journalières complémentaires versées <u>en cas de mise en disponibilité d'office ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical</u> prévus aux articles 17 et 37 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 Elles garantissent une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets (<i>déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur, sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes en cas de placement rétroactif dans une autre position statutaire</i>).	Le montant de cette rente, augmenté de toute autre prestation ou indemnité, ne peut excéder 90 % du traitement net de référence pris en compte le jour de la prise en charge par l'organisme d'assurance revalorisé. A défaut, les indemnités versées par l'organisme complémentaire sont réduites à due concurrence de ce montant

- Les agents affiliés au régime général de la sécurité sociale (*article 4 décret n° 2022-581 du 20 avril 2022*)

Pour le risque d'incapacité temporaire de travail	Pour le risque d'invalidité
Indemnités journalières complémentaires versées à compter du <u>à compter du passage à demi-traitement et jusqu'à épuisement des droits à congés de maladie ordinaire et de grave maladie.</u> • Pour les fonctionnaires affiliés au régime général, les indemnités garantissent une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets, (<i>déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur et des indemnités journalières de sécurité sociale perçues, sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires en cas de rétablissement rétroactif à plein traitement par l'employeur*</i>). • Pour les agents contractuels de droit public, la rémunération nette garantie équivaut à 90 % du traitement indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets. • Pour les agents contractuels de droit privé, la rémunération garantie équivaut à 90 % du revenu net qu'ils auraient perçu pendant la période d'exercice effectif de leurs fonctions.	Les agents affiliés au régime général de la sécurité sociale perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement net de référence, sous réserve : - 1° Soit de justifier d'une invalidité réduisant d'au moins deux tiers leur capacité de travail ou de gain avec un classement en 2e ou 3e catégorie, au sens des 2° et 3° de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale ; - 2° Soit de justifier d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail au sens de l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale. Le montant de cette rente est réévalué au 1^{er} juillet de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice 100 majoré constatée au cours des douze derniers mois et selon le taux défini par l'organisme complémentaire. Le montant de cette rente, augmenté de toute autre prestation ou indemnité, ne peut excéder 90 % du traitement net de référence pris en compte le jour de la prise en charge par l'organisme d'assurance revalorisé. A défaut, les indemnités versées par l'organisme complémentaire sont réduites à due concurrence de ce montant.
Indemnités journalières complémentaires versées en cas de mise en disponibilité d'office ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical. Elles garantissent une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets, (<i>application des déductions identiques*</i>)	
Indemnités journalières complémentaires avant l'octroi du temps partiel pour motif thérapeutique Elles garantissent une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur et des indemnités journalières de sécurité sociale perçues.	

Ces **trois prestations** sont versées aux agents qui ont souscrit un **contrat avec les organismes complémentaires** mentionnés à l'article L. 827-5 du CGFP

Réponses de la DGCL du 19/05/2022

- Concernant l'indemnisation du régime indemnitaire :

Dans la mesure où le maintien du régime indemnitaire par l'employeur ne constitue pas une garantie statutaire au sens strict, la formule « *déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur* » ne vise pas le maintien du régime indemnitaire.

- Concernant la différence de traitement entre agents selon leurs conditions d'emplois :

Il n'y a pas de régime différencié entre titulaires et contractuels. La DGCL estime qu'au travers de la disposition « *La rémunération nette garantie mentionnée au précédent alinéa équivaut à [...]* » (article 4 du décret n°2022-581 du 20 avril 2022), le régime applicable aux agents contractuels vise bien les principes applicables aux agents titulaires et que les dispositions du décret instituent, sur cette base, une équivalence d'assiette.

- Concernant le traitement net de référence pour la rente d'invalidité :

La DGCL s'accorde pour considérer que la notion de « traitement net » recouvre le traitement indiciaire, la NBI ainsi que le régime indemnitaire nets. Autrement dit, cette notion correspond en définitive à la « rémunération nette » telle que visée à l'article L.712-1 du CGFP.

2- Les organismes pouvant proposer les contrats

Les contrats peuvent être proposés par les organismes complémentaires suivants (*article L.827-5 du CGFP*) :

- Mutuelles ou unions relevant du livre II du code de la mutualité,
- Institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du Code de la sécurité sociale,
- Entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

3- Les garanties de solidarité exigées des contrats ouvrant droit à participation

La participation des employeurs territoriaux ne peut être versée qu'aux contrats et règlements, destinés à couvrir le risque santé et/ou le risque prévoyance qui :

- sont 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 (*article L.827-3 du CGFP*),
- présentent des garanties de solidarité, notamment intergénérationnelle, entre les actifs et les retraités (*article L.827-4 du CGFP*).

Qu'il s'agisse du risque Santé ou Prévoyance, les contrats bénéficiant d'une participation versée par l'employeur doivent fournir des prestations qui viennent en complément des prestations servies par le régime de protection sociale de base (*article 2 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Au-delà de cette exigence commune aux deux risques, les contrats Santé et Prévoyance doivent présenter des garanties spécifiques de solidarité pour ouvrir droit au versement de la participation par l'employeur territorial.

a) Les garanties de solidarité exigées des contrats relatifs au risque Santé

Les garanties de solidarité exigées des contrats relatifs au risque Santé sont déterminées aux articles 28 et 29 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 :

- Présenter un rapport de 1 à 3 entre les cotisations appliquées aux agents âgés de plus de 30 ans,
- Pas d'âge maximal d'adhésion,
- Pas de tarification selon l'état de santé, l'emploi, le sexe de l'adhérent,
- Pas de prise en charge de la participation incombant à l'assuré lors de la consultation d'un médecin traitant,
- Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins autorisés à les pratiquer,
- Garanties identiques pour les retraités,
- Remboursement effectué au moins au niveau minimum prescrit par les ministères de la santé et de la fonction publique,
- Le tarif "Famille nombreuse" ne peut excéder celui prévu pour les familles comprenant 3 enfants.

La majoration de la cotisation en cas d'adhésion individuelle tardive

Pour le seul risque Santé, un **mécanisme de majoration des cotisations des agents** a été intégré au dispositif afin **d'inciter les agents à adhérer rapidement à un contrat labellisé ou conventionné** (article 28 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).

Pour les agents en activité lors de la publication du décret, la majoration s'applique si leur adhésion à un contrat Santé labellisé ou conventionné intervient à compter du 1^{er} janvier 2014 (article 4 de l'arrêté du 8 novembre 2011, NOR : COTB1118917A, relatif aux majorations de cotisations).

Pour les agents recrutés après la publication du décret du 8 novembre 2011, la **majoration** est appliquée si leur **adhésion à un contrat Santé labellisé ou conventionné** intervient **plus de 2 ans après leur entrée dans la fonction publique**.

La majoration de cotisation, **fixée à 2% par année non cotisée à un contrat labellisé ou conventionné**, est donc établie à partir de :

- l'âge de l'agent,
- son ancienneté dans la fonction publique,
- les périodes antérieures cotisées à un contrat labellisé ou conventionné.

Pour les périodes précédant la publication du décret du 8 novembre 2011, il est considéré que les agents ont toujours adhéré à un contrat labellisé ou conventionné lorsque :

- les agents adhèrent à un contrat labellisé ou conventionné dans le délai d'un an suivant la publication de la liste des contrats labellisés, soit avant le 31 août 2013,
- les agents adhéraient à un contrat qui a fait l'objet d'une labellisation dans le délai d'un an suivant la publication de la liste des contrats labellisés.

b) Les garanties de solidarité exigées des contrats relatifs au risque Prévoyance

Les garanties de solidarité exigées des contrats relatifs au risque Prévoyance sont déterminées aux articles 30 et 31 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 :

- Couverture au moins du risque incapacité de travail,
- Cotisation identique pour tous les agents exprimée en pourcentage de la rémunération,
- L'adhésion ne peut être conditionnée par l'état de santé ou l'âge de l'agent,
- L'adhésion doit intervenir dans un délai de 6 mois suivant la mise en place du contrat ou du recrutement de l'agent,
- Au-delà de 6 mois, l'adhésion est soumise à l'accord de l'organisme et peut faire l'objet d'un questionnaire médical et d'une tarification majorée.

III. Les modalités de participation

La participation ne pouvant être versée qu'aux seuls contrats présentant des garanties de solidarité, notamment intergénérationnelle, l'employeur territorial doit déterminer s'il souhaite faire procéder à la vérification de cette condition par d'autres organismes ou s'il souhaite le vérifier par lui-même.

La vérification peut être réalisée (*article L.827-4 du CGFP*) :

- par un organisme extérieur qui va délivrer un label dans les conditions de [l'article L. 310-12-2 du Code des assurances](#),
- par la collectivité dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence.

L'employeur détermine, par délibération après avis du **Comité Social Territorial**, la **procédure de sélection retenue pour chacun des risques** (*article 4 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

A- La labellisation

L'employeur public territorial accorde une **participation financière aux agents publics** qui ont **souscrit un contrat ou adhéré à une mutuelle ou à une institution de prévoyance** dont le caractère solidaire aura été préalablement vérifié au niveau national dans le cadre d'une procédure spécifique dite de **labellisation**.

Dans ce cas, des organismes indépendants ont sollicité l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), autorité publique de contrôle en matière d'assurance, afin de se voir habilités à vérifier les garanties de solidarité des contrats et règlements (*article L. 310-12-2 du Code des assurances et article 5 à 10 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Un [arrêté du 8 novembre 2011, NOR : COTB1118925A](#), fixe la composition du dossier de demande d'habilitation des prestataires habilités à délivrer des labels.

L'habilitation est délivrée par l'ACP pour une durée de 3 ans aux organismes qui auront attesté de leurs capacités et de leur indépendance dans les conditions prévues par le décret (*article 5 et 7 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

La [liste des organismes indépendants habilités](#) par l'ACP est publiée sur le site internet de l'autorité (*article 8 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Les organismes habilités par l'ACP délivrent ensuite les labels, **pour une durée de 3 ans**, aux contrats et règlements soumis par les opérateurs (mutuelles, assurances et institutions de prévoyance) et procèdent également à leur retrait si le respect de la condition de solidarité intergénérationnelle n'est plus assurée (*article 11 à 13 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Liste des contrats labellisés

Les contrats et règlements auxquels un label a été délivré figurent sur une liste mise à jour et publiée par le ministre chargé des collectivités locales (*article 14 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

La liste des contrats labellisés a été publiée au 31 août 2012 et est réactualisée périodiquement ; la liste est disponible dans son intégralité sur le site Internet de la Direction Générale des Collectivités Locales ([Liste des contrats et règlements labellisés](#)).

Cette liste reprend les informations suivantes :

- le nom de l'organisme ;
- la dénomination du contrat ou du règlement ;
- la date de délivrance du label ;
- le nom du prestataire ayant délivré le label.

Le choix des contrats et règlements labellisés relève de la libre appréciation des agents publics, la collectivité n'a aucune procédure de mise en concurrence et de sélection d'opérateur à mettre en œuvre.

Dès lors que la collectivité adopte la labellisation comme modalité de participation financière à la protection sociale complémentaire, elle sera tenue de **participer à l'ensemble des contrats et règlements labellisés, qui seront présentés par les agents.**

Cependant, dans le cas où l'agent solliciterait sa collectivité employeur afin de lui indiquer «*le meilleur*» contrat labellisé sur le marché, cette dernière serait alors considérée comme un «*mandataire*» de son agent, et se retrouverait, ainsi, en position d'intermédiation, dans un rôle de courtier.

À noter que le décret du 8 novembre 2011 a prévu un dispositif d'information et de contrôle en cas de non-respect des exigences posées par le label. En cas de non-renouvellement du label ou de retrait de ce dernier, l'organisme concerné devra en informer ses adhérents, ainsi que l'employeur local si ce dernier verse directement sa participation au prestataire (*article 13 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

B- La procédure de mise en concurrence, la convention de participation

Afin d'assurer à leurs agents la couverture complémentaire de l'un ou l'autre ou de l'ensemble des risques (prévoyance et santé), les collectivités territoriales et leurs établissements publics ont la faculté de conclure une **convention de participation avec un des organismes précités**, à l'issue d'une procédure de **mise en concurrence transparente et non discriminatoire** (*article L.827-6 du CGFP*).

Lors de cette procédure, l'employeur territorial doit vérifier que les dispositifs de solidarité sont mis en œuvre par les organismes candidats.

La **convention de participation** peut être conclue pour le **risque santé et/ou le risque prévoyance**. Le recours à la procédure de convention de participation exclut l'utilisation de

la procédure de labellisation pour le même risque (*article 4 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Toutefois, à ce jour, cette procédure, motivée par la fourniture d'un service aux agents et non à la collectivité, ne peut **pas être considérée comme étant un marché public** et n'est **pas soumise aux dispositions du Code de la commande publique**.

Le décret du 8 novembre 2011 astreint l'employeur au respect d'une procédure stricte lorsque celui-ci décide, après délibération et avis du **Comité Social Territorial**, de participer au financement de la protection sociale complémentaire des agents par le biais d'une convention de participation :

- Dans un premier temps, la collectivité publie un avis d'appel public à la concurrence au sein d'un journal habilité à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée dans le secteur des assurances (*article 15 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Il convient de distinguer **deux modalités de publication** ([arrêté du 8 novembre 2011 NOR : COTB118919A](#)) :

- Lorsque le montant annuel de participation de l'employeur excède 100 000 euros, l'avis d'appel est publié au sein du Journal officiel de l'Union européenne.
Le modèle d'avis d'appel public à la concurrence est annexé à l'arrêté du 8 novembre 2011.
- Lorsque le montant annuel de participation de l'employeur est inférieur à 100 000 €, on peut en déduire qu'une publicité au Bulletin d'Annonces des Marchés Publics (B.O.A.M.P.) est suffisante.

L'avis précise :

- Les modalités de présentation des offres de candidature, dont le délai de réception ne peut être inférieur à quarante-cinq jours à compter de la date de publication de l'avis d'appel à la concurrence ;
 - Les niveaux minimaux de capacité demandés aux candidats et les renseignements à fournir à cet effet ;
 - Les caractéristiques essentielles de la convention envisagée, notamment son objet, sa nature et les personnels intéressés ;
 - Les critères de choix de la collectivité territoriale ou de l'établissement public.
- Par la suite, l'employeur territorial adresse à chacun des candidats, un document définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de son personnel et des prestations à proposer. Pour le risque « santé », ces caractéristiques portent également sur la population retraitée.
Les caisses de retraite peuvent fournir des données non nominatives, selon des modalités et conditions financières fixées par convention conclue avec la collectivité ou l'établissement (*article 16 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*) ;

- Au terme d'un délai minimal de 45 jours à compter de la publication de l'avis d'appel public à la concurrence, les candidats remettent leur offre comportant, pour l'ensemble de la durée du contrat, les éléments suivants (*article 17 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*) :
 - 1° Les conditions générales d'adhésion ;
 - 2° Les prestations offertes ;
 - 3° Pour chacune des options, le tarif proposé ;
 - 4° Les limites, âge par âge, au-delà desquelles ce tarif ne peut évoluer ;
 - 5° Une précision du degré effectif de solidarité et de la maîtrise financière du dispositif envisagé.

Chaque candidat s'engage également, en cas de sélection, à offrir à la population intéressée, pendant la durée du contrat et selon les modalités prévues au présent décret, l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées
- L'employeur territorial examine les offres en tenant compte des principes de solidarité et des critères suivants (*article 18 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*) :
 - 1° Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
 - 2° Le degré effectif de solidarité entre les adhérents ou les souscripteurs, intergénérationnelle, en fonction de la rémunération et, pour le risque «santé», familiale ;
 - 3° La maîtrise financière du dispositif ;
 - 4° Les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques ;
 - 5° Tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de la population intéressée.

⇒ Un [arrêté du 8 novembre 2011, NOR : COTB1118924A](#), fixe la liste des documents et justificatifs relatifs aux critères mentionnés ci-dessus nécessaires à la prise de décision.
- La collectivité consulte le **Comité Social Territorial**, et l'organe délibérant délibère sur le choix **d'un seul** contrat ou du règlement (*article 18 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Une fois la procédure achevée, la collectivité concernée peut conclure, avec le titulaire désigné, une convention de participation **pour une durée de 6 ans** (*article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

L'employeur informe les agents en activité de la signature de la convention, des caractéristiques du contrat et des modalités d'adhésion (*article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Les agents n'ont aucune obligation d'adhérer au dispositif.



Contrairement à ce qui est possible dans le cadre de la labellisation, la collectivité ne peut participer financièrement à la cotisation de différents contrats ; elle ne peut que participer à celui du prestataire titulaire retenu.

En effet, l'article L.827-6 du CGFP dispose que dans le cadre d'une convention de participation, « les collectivités et leurs établissements publics ne peuvent verser d'aide qu'au bénéfice des agents ayant adhéré à ce contrat ou règlement » sélectionné à la suite de la procédure de mise en concurrence.

L'employeur verse sa participation au titre du contrat sélectionné et peut, si l'organisme ne respecte plus les dispositions du décret n° 2011-1474, procéder à la résiliation de la convention avant le terme des 6 ans.

La résiliation implique le respect d'une procédure spécifique. L'employeur dénonce la convention de participation conclue après avoir recueilli les observations écrites et, sur sa demande, orales de l'organisme, auquel il doit être indiqué qu'il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix (*article 21 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Au terme d'une période de 3 ans et au terme de la convention, l'organisme sélectionné produit un rapport permettant de s'assurer que les critères de solidarité prévus dans la convention ont été respectés (*article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Au cours de la convention, l'organisme sélectionné doit adresser annuellement à l'employeur la liste des agents adhérents au contrat.

Les tarifs sont convenus pour la durée de la convention de participation mais peuvent être révisés dans les cas suivants et si le changement revêt un caractère significatif (*article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*) :

- 1° Aggravation de la sinistralité ;
- 2° Variation du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs ;
- 3° Evolutions démographiques ;
- 4° Modifications de la réglementation.

Au terme des 6 années de contrat, la convention cesse normalement ses effets. Toutefois, il est possible de prolonger son exécution pour une durée maximale d'un an pour des motifs d'intérêt général (*article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Lorsque le contrat est dénoncé ou en cas de non-renouvellement de la convention de participation, l'employeur doit informer les agents adhérents dans le délai d'un mois avant la date d'échéance de la convention ; le non-renouvellement prend alors effet au 1^{er} jour du second mois suivant la fin de la convention (*article 21 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

IV. Les modalités de participation financière des collectivités territoriales

A. Le passage d'une participation facultative à une participation obligatoire

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 entend renforcer l'implication des employeurs publics dans la participation financière de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

À ce titre, l'article 1^{er} de l'ordonnance du 17 février 2021 vient modifier, **à compter du 1^{er} janvier 2022**, l'article 22 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 (*devenu article L.827-1 du CGFP*) en prévoyant un **financement obligatoire des employeurs publics** à la couverture complémentaire des agents publics.

<u>Avant le 1^{er} janvier 2022</u>	<u>À compter du 1^{er} janvier 2022</u>
Article 22 bis I de la loi n°83-634	Article 22 bis I de la loi n°83-634 (<i>devenu article L.827-1 du CGFP</i>)
« Les personnes publiques [...] peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent. »	« Les personnes publiques [...] 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 <u>les agents</u> que ces personnes publiques emploient. Ces garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale. Le montant de la participation ne peut être inférieur à la moitié du financement nécessaire à la couverture de ces garanties minimales. Ces personnes publiques peuvent également participer 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 ».

- En matière de complémentaire santé, l'ordonnance fixe **une obligation de participation des employeurs publics** à hauteur d'au moins **50 % du financement** nécessaire à la couverture des garanties minimales définies au II de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale.
- En matière de complémentaire prévoyance, l'ordonnance **permet aux employeurs publics de participer au financement**, sans pour autant fixer le montant minimal de participation.

Particularités pour la Fonction Publique Territoriale

Des **dispositions spécifiques à la Fonction publique territoriale** dérogent aux dispositions de l'article **L.827-1 du CGFP** précédemment évoqué :

- **Concernant le risque prévoyance** : L'article **L.827-1 du CGFP** précise que les personnes publiques « peuvent également participer » au financement de la complémentaire prévoyance. Par dérogation, l'article **L.827-9 du CGFP** prévoit **une obligation** pour les collectivités territoriales et leurs établissements publics de participer au financement de la **complémentaire prévoyance** (**risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'incapacité ou de décès**).
- **Concernant le montant de la participation employeur** : L'article **L.827-1 du CGFP** énonce que le **montant de la participation** des employeurs publics à la *complémentaire prévoyance ne peut être inférieur à la moitié du financement des garanties minimales* telles que définies au II de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale.

Sur ce point, l'ordonnance soumet les employeurs publics territoriaux à **un référentiel spécifique pour le financement** (cf. ci-dessous).

Nouveaux ajustements

L'article 162 I de la loi n°2022-1726 du 30 décembre 2022 de finances pour 2023 modifie le III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité relatif aux opérations collectives obligatoires et prévoit **la possibilité pour un employeur public de souscrire un contrat prévoyant l'affiliation obligatoire à une mutuelle de ses agents publics**. En découle l'application d'un ensemble de dispositions propres aux contrats collectifs obligatoires.

Par analogie, l'article 162 II de la loi de finances pour 2023 modifie l'article L. 932-1 du Code de la sécurité sociale, qui donne **la possibilité aux employeurs publics de souscrire des contrats collectifs à adhésion obligatoire auprès des opérateurs de marché**.

À ce titre, les dispositions des articles L.932-1 à L.932-13-6 du Code de la sécurité sociale sont applicables aux employeurs publics. Il s'agit principalement de règles de procédure liées aux bulletins d'adhésion, aux questionnaires santé, aux cotisations ou encore aux obligations déclaratives des participants au contrat.

B. Le montant de la participation

L'ordonnance du 17 février 2021 organise, à son article 2, **l'obligation de participation financière** et le **taux de prise en charge** des employeurs publics territoriaux (*article L.827-9 à 11 du CGFP*) :

- **Concernant la protection sociale complémentaire « santé »** :
 - o La participation des employeurs territoriaux ne peut être **inférieure à 50 % d'un montant de référence fixé par décret**. L'article 6 du décret n°2022-581 du 20 avril 2022 prévoit que le montant ne peut être inférieur à **50 % du montant de référence fixé à 30 euros**, soit un **montant plancher de 15 euros**.

- Les garanties de protection sont au minimum celles définies par l'article L. 911-7-II du Code de la sécurité sociale.

⇒ Cette disposition entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026 (article 9 décret n°2022-581 du 20 avril 2022).

- **Concernant la protection sociale complémentaire « prévoyance » :**

- La participation des employeurs territoriaux ne peut être inférieure à 20 % d'un montant de référence fixé par décret. L'article 2 du décret n°2022-581 du 20 avril 2022 prévoit que le montant ne peut être inférieur à **20 % du montant de référence fixé à 35 euros**, soit un **montant plancher de 7 euros**.
- Le décret précise les garanties minimales que devront comprendre les contrats prévoyance (article 1, 3 et 4 décret n°2022-581 du 20 avril 2022).

⇒ Cette disposition entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2025 (article 9 décret n°2022-581 du 20 avril 2022).

Remarque

Les collectivités territoriales et leurs établissements publics qui participent, en application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, au financement des garanties de protection sociale complémentaire dans le respect des conditions fixées par le présent décret ne sont pas tenus de délibérer de nouveau (article 7 décret n°2022-581 du 20 avril 2022).

C. La mise en œuvre de la participation

La participation de l'employeur à la protection sociale complémentaire peut être versée aux agents ayant souscrit :

- Un contrat labellisé ;
- Un contrat faisant l'objet d'une convention de participation par leur employeur.

Pour chacun des risques, les collectivités territoriales et leurs établissements déterminent l'une ou l'autre des deux modalités de participation (labellisation ou convention de participation) (article 4 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).

Elles peuvent être **différentes pour chacun des risques**.

Le recours à la procédure de convention de participation exclut l'utilisation de la procédure de labellisation pour le même risque.

La saisine du Comité Social Territorial

Dans le cadre de la procédure de participation aux garanties de protection sociale complémentaires, les collectivités doivent **saisir le Comité Social Territorial deux fois** :

- lorsque la collectivité choisit la **labellisation ou la convention de participation et**
- avant de délibérer sur les **modalités de mise en œuvre de la labellisation ou de la convention de participation.**

1- Le versement de la participation

La participation de l'employeur territorial à la protection sociale complémentaire constitue une aide à la personne dont le montant est exprimé sous forme d'un montant unitaire par agent qui vient en déduction de la cotisation due par les agents (*article 24 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

La participation de l'employeur territorial ne peut **pas être exprimée en pourcentage**.

La mention d'un **montant unitaire par agent** permet :

- de maîtriser le coût budgétaire que représente la participation pour l'employeur,
- de mettre en œuvre une mesure d'équité sociale car les agents à faibles revenus voient une part importante de leur cotisation prise en charge comparativement à celle des agents aux revenus plus élevés.

L'employeur choisit les **modalités de versement** de la participation parmi **deux modalités** (*article 24 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*) :

- Soit la collectivité verse directement la participation aux **agents bénéficiaires**,
- Soit la collectivité verse la participation aux **organismes de protection sociale complémentaire** qui la déduisent de la cotisation due par l'agent.

Dans le cas où la collectivité a opté pour un versement de la participation à l'organisme, la collectivité verse sa participation au vu de la liste des agents bénéficiaires qui lui est adressée annuellement par l'organisme (*article 25 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Lorsque la participation est versée directement à l'organisme, celui-ci doit tenir une comptabilité permettant de retracer l'utilisation de la participation reçue, produire annuellement les pièces justificatives et faire figurer sur les appels de cotisation le montant total de la cotisation et de la participation versée (*article 24 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Toutefois, la participation versée par l'employeur **ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait due par l'agent en l'absence de participation** (*article 25 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

Jusqu'au 1^{er} janvier 2025 pour le risque prévoyance et 1^{er} janvier 2026 pour le risque santé, les dispositions réglementaires ne fixent **aucun montant minimum** à la participation versée par l'employeur.

2- Les possibilités de modulation

L'employeur peut décider de moduler sa participation dans **un but d'intérêt social** en prenant en compte le **revenu des agents** et, le cas échéant, leur **situation familiale** (*article 23 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011*).

La participation pourra être modulée de la façon suivante dans le cas où la participation est versée directement à l'agent :

Exemple de modulation de participation à la garantie « santé » :

Participation de la collectivité par agent : 10 €

Participation complémentaire de la collectivité si l'agent est marié ou pacsé : 5 €

Participation complémentaire de la collectivité par enfant composant le foyer de l'agent : 5 €

Le décret d'application n'a pas prévu la possibilité pour la collectivité d'ajouter d'autres critères de modulation de la participation. Il semble **ainsi contraire de faire varier la participation en fonction de la catégorie des agents (A, B,C) ou selon le temps de travail de l'agent.**

Dès lors, les agents employés à temps non complet ou autorisés à travailler à temps partiel peuvent percevoir le même montant de participation que les agents employés à temps complet.

Remarque

Concernant les agents intercommunaux ou pluricommunaux, aucune disposition du décret ne prévoit de limitation de la participation des employeurs.

Toutefois, conformément à **l'obligation que la participation ne dépasse pas le montant de la cotisation**, il sera nécessaire que les **différents employeurs d'un même agent se coordonnent** afin que le montant des participations cumulées **n'excède pas le montant de la cotisation acquittée par l'agent.**

V. Le régime social et fiscal de la participation

A- Les conditions d'application du régime de faveur

Les contributions patronales finançant les garanties collectives de prévoyance devraient s'analyser comme des éléments de rémunération, assujettis aux cotisations sociales, versés en contrepartie de l'exécution du contrat de travail.

Toutefois, afin de favoriser la mise en place d'une prévoyance complémentaire, la participation des employeurs du **secteur privé** au financement des prestations de protection sociale complémentaire bénéficie d'un régime fiscal et social favorable, le forfait social (article L. 242-1 II 4° du Code de la sécurité sociale).

Comme énoncé dans le Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, l'article 16 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est venu harmoniser le régime social et fiscal applicable au **secteur public** avec celui existant dans le secteur privé.

Pour bénéficier du régime social et fiscal de faveur, la participation de l'employeur doit être destinée à des contrats de protection complémentaire qui présentent un caractère « collectif » **et** « obligatoire » (article L. 242-1 II 4° bis du Code de la sécurité sociale).

1- Le caractère collectif

Pour que le caractère collectif du régime soit reconnu, les garanties de prévoyance complémentaire doivent bénéficier (article R. 242-1-1 du Code de la sécurité sociale) :

- à l'ensemble du personnel,
- ou à une ou plusieurs catégories objectives d'entre eux. Dans ce cas, les catégories retenues doivent permettre de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Tous les personnels ou ceux relevant d'une même catégorie doivent bénéficier de garanties identiques (article R. 242-1-3 du Code de la sécurité sociale).

Les catégories objectives de personnels sont définies en référence aux critères suivants (article R. 242-1-1 du Code de la sécurité sociale ; URSSAF):

- 1° L'appartenance aux catégories des cadres et non-cadres ;
- 2° Un seuil de rémunération ;
- 3° La place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels ;
- 4° Le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie ou l'ancienneté dans le travail ;
- 5° L'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire assurant la couverture du risque concerné, ou bien l'appartenance à certaines catégories spécifiques de salariés définies par les stipulations d'une conven-

tion collective, d'un accord de branche ou d'un accord national interprofessionnel caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières, ainsi que, l'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession.

En revanche, les catégories de personnels ne peuvent en aucun cas être définies en fonction du temps de travail, du statut juridique du contrat et de l'âge.

Des réponses ministérielles sont venues préciser que le caractère collectif était reconnu pour les garanties financées par la participation des employeurs publics au financement de la protection sociale complémentaire.

Le caractère collectif est respecté quel que soit le mode de participation de l'employeur public (conclusion d'une convention de participation ou participation aux contrats labellisés) (Rép. Min., JOAN n° 20971, 22/07/2014 ; Rép. Min., JOAN n° 54496, 21/10/2014).

Les Urssaf établissent quant à elles une distinction selon que l'aide de l'employeur territorial intervient au titre de la procédure de labellisation ou suite à l'engagement d'une procédure de mise en concurrence pour sélectionner une convention de participation :

- « Dans le cadre de la **procédure de labellisation**, le caractère collectif ne peut être considéré comme respecté dans la mesure où la pluralité de contrats induit de fait une différenciation entre les prestations. »
- « Dans le cadre de la seconde procédure (**mise en concurrence**), le caractère collectif ne peut pas être écarté d'office. Les conditions à respecter devront être analysées selon les critères de droit commun. »

2- Le caractère obligatoire

Pour **ouvrir droit à l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale**, les contributions versées aux régimes de prévoyance complémentaire doivent, en outre, revêtir **un caractère obligatoire au profit des personnels et**, le cas échéant, de leurs ayants droit.

Un régime est dit « obligatoire » lorsque la **totalité des personnels est dans l'obligation** de s'y **affilier et de cotiser** à la couverture mise en place au sein de l'entreprise.

Néanmoins, certains cas de dispenses d'adhésion ou d'adhésion facultatives sont admis sans remise en cause de l'exonération plafonnée des contributions de l'employeur (article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale).

S'agissant du caractère obligatoire, les Urssaf énoncent : « *bien que l'adhésion des agents des collectivités territoriales au régime de prévoyance complémentaire frais de santé et/ou incapacité de travail soit facultative, il y a lieu de considérer que le régime présente bien un caractère obligatoire.* »

En effet, il a été admis que les garanties de prévoyance, prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 au profit des agents des collectivités territoriales comme celles prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 au profit des agents de l'Etat, peuvent se voir reconnaître un caractère obligatoire, l'Etat comme la collectivité étant tenus de participer au financement dès lors que l'agent a choisi d'adhérer.

B- Le montant des exonérations

1- Le régime social de la participation

Au vu des éléments susvisés, de la doctrine officielle des Urssaf et de l'Ircantec, il semble que :

- Pour les contrats de labellisation : il convient d'appliquer l'ensemble des cotisations et contributions sociales mais pas le forfait social (*dès lors que la labellisation ne respecte pas le caractère collectif*) ;
- Pour les conventions de participation : l'application des cotisations et contributions sociales dépendra de la reconnaissance du caractère collectif.

a) **Participation au titre d'une convention de participation présentant un caractère obligatoire et collectif**

- Les fonctionnaires affiliés au régime spécial

Les fonctionnaires affiliés au régime spécial de la sécurité sociale (*fonctionnaires territoriaux dont la durée de travail hebdomadaire est au moins égal à 28 heures*) sont redevables de cotisations sociales spécifiques.

La participation de l'employeur au titre d'un contrat collectif **et** obligatoire de protection sociale complémentaire est soumise :

- à la **CSG** au taux de 9,2% (6,8% déductible du revenu imposable et 2,4% non déductible du revenu imposable) sans la réduction d'assiette de 1,75 % représentative de frais professionnels (article L. 136-2 du Code de la sécurité sociale) ;
- à la **CRDS** aux taux de 0,5% sans la réduction d'assiette de 1,75 % représentative de frais professionnels.

Lorsqu'un accord collectif est conclu en application de l'article L.827-2 du Code Général de la Fonction Publique, **une exonération de la cotisation RAFP est appliquée** (*article 162 III de la loi n°2022-1726 du 30 décembre 2022 de finances pour 2023*). Cette dérogation est applicable depuis le 1^{er} janvier 2022.

Remarque

Le forfait social n'est pas dû pour les agents relevant de la CNRACL.

- Les agents publics affiliés au régime général de la sécurité sociale

Les agents affiliés au régime général de la sécurité sociale (*contractuels et fonctionnaires territoriaux à temps non complet dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 28 heures*) sont redevables des cotisations sociales du régime général.

Les contributions patronales finançant les garanties collectives de prévoyance devraient s'analyser comme des éléments de rémunération, assujettis aux cotisations sociales et versés en contrepartie de l'exécution du contrat de travail.

Néanmoins, la participation de l'employeur au titre d'un **contrat collectif et obligatoire** de protection sociale complémentaire est **exclue de l'assiette de cotisations sociales du régime général** (article L. 242-1 II 4° bis du Code de la sécurité sociale), dans une limite égale à :

- 6% du plafond de la sécurité sociale,
- Et de 1,5% de la rémunération brute soumise aux cotisations de sécurité sociale.

Le total des contributions exonérées ne peut pas excéder 12% du montant du plafond de la sécurité sociale (article D.242-1 quatrième alinéa du Code de la sécurité sociale).

Cette somme reste toutefois soumise :

- à la **CSG** au taux de 9,2% (6,8% déductible du revenu imposable et 2,4% non déductible du revenu imposable) sans la réduction d'assiette de 1,75 % représentative de frais professionnels (article L. 136-2 du Code de la sécurité sociale) ;
- à la **CRDS** aux taux de 0,5% sans la réduction d'assiette de 1,75 % représentative de frais professionnels ;
- au **forfait social** au taux réduit de 8% à l'exception des employeurs publics de moins de 11 agents (article L. 137- 15 et L. 137-16 du Code de la sécurité sociale).

À titre complémentaire, le décret n°2022-1244 du 20 septembre 2022 précise que la participation employeur à la complémentaire santé/et ou prévoyance est exclue **de l'assiette des cotisations du régime de retraite complémentaire** dont bénéficient les agents publics affiliés au régime général (article 2 du décret n°2022-1244 du 20 septembre 2022).

b) Participation au titre d'un contrat labellisé ou d'une convention de participation ne présentant pas un caractère obligatoire et collectif

- **Les fonctionnaires affiliés au régime spécial**

La participation est soumise :

- à la CSG (9,2%) et à la CRDS (0,5%) sans abattement des 1,75% ;
- à la Retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP) au taux de 10 % (5 % part agent et 5 % part employeur) ;
- le forfait social n'est pas dû pour les fonctionnaires CNRACL.
- **Les agents publics affiliés au régime général de la sécurité sociale**

La participation est soumise :

- aux cotisations de sécurité sociale salariales et patronales dans les conditions et au taux de droit commun ;
- à la CSG (9,2%) et à la CRDS (0,5%) sans abattement des 1,75% ;
- le forfait social ne s'applique pas dans cette hypothèse ;

- à l'IRCANTEC tranche A au taux de 2,80% pour la part agent et 4,20% pour la part employeur (ou tranche B au taux de 6,95% pour la part agent et 12,55% pour la part employeur).

L'abattement de 1,75% pour frais professionnels

L'article L.136-2 du code de la sécurité sociale (CSS) précise les cas où l'abattement de 1,75 % pour frais professionnels s'applique à l'assiette de la CSG et de la CRDS.

Sont ainsi concernés les revenus d'activité, à l'exception de ceux mentionnés au II de l'article L. 242-1 du CSS.

Le 4° bis du II de l'article L. 242-1 du CSS dispose qu'est exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans des limites fixées par décret, la participation d'un employeur public au titre d'un contrat collectif de protection sociale complémentaire, versée obligatoirement en application d'un accord prévu à l'article L.827-2 du Code Général de la Fonction Publique ou en application de l'arrêté mentionné au II de l'article L. 4123-3 du code de la défense, destinée au financement des garanties de protection sociale complémentaire.

Cette participation est exclue de l'assiette des cotisations lorsque les agents de l'employeur public qu'il assure souscrivent obligatoirement à ce contrat.

Or s'agissant des contributions patronales santé et prévoyance complémentaires versées au titre d'un contrat labellisé ou d'une convention de participation ne présentant pas un caractère obligatoire et collectif, les URSSAF considèrent que le caractère collectif n'est pas respecté. Ces contributions sont donc incluses dans l'assiette de cotisations de sécurité sociale. Néanmoins, ces contributions conservent le caractère de contributions destinées au financement de prestations de protection sociale complémentaire, prévue au 4e du II de l'article L.242-1 du CSS, et doivent donc faire l'objet d'un assujettissement à CSG/CRDS **sans application de l'abattement pour frais professionnels de 1,75%.**

2- Le régime fiscal de la participation

La participation versée par l'employeur constitue un **avantage consenti au profit de l'agent imposable** au même titre que tout complément de salaire. Elle est en principe incluse dans le revenu imposable de l'agent bénéficiaire (article 79 du Code général des impôts).

En revanche, **sont déduites du revenu imposable** les cotisations ou primes versées par les employeurs publics et leurs agents aux contrats collectifs de protection sociale complémentaire pour lesquels la souscription des agents est rendue obligatoire en application d'un accord prévu à l'article L.827-2 du Code Général de la Fonction Publique.

Cette précision découle de l'article 16 de la LFSS pour 2022 qui complète l'article 83 1° quater comme suit : « *Il en va de même des cotisations ou primes versées par les employeurs publics et leurs agents aux contrats collectifs de protection sociale complémentaire pour lesquels **la souscription des agents est rendue obligatoire en application d'un accord prévu au II de l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983** portant droits et obligations des fonctionnaires ou en application de l'arrêté mentionné au II de l'article L. 4123-3 du code de la défense.* »

Pour mémoire, l'article 22 bis de la loi 83-634 a notamment été repris par l'article L.827-2 du CGFP, qui énonce : « *Lorsqu'un accord valide au sens de l'article L. 223-1 prévoit la souscription par un employeur public mentionné à l'article L. 2 d'un contrat collectif pour la couverture complémentaire de tout ou partie des risques mentionnés **au premier alinéa de l'article L. 827-1, cet accord peut prévoir la participation obligatoire** de l'employeur au financement des garanties destinées à couvrir tout ou partie des risques mentionnés au quatrième alinéa de ce dernier article.*

Il peut également prévoir la souscription obligatoire des agents à tout ou partie des garanties que le contrat collectif comporte. »

Le 4^{ème} alinéa de l'article L.827-1 du CGFP énonce : « *Ces personnes publiques peuvent également participer au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir **les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'incapacité ou de décès** auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient. » = risque prévoyance*

Or, cette disposition ne vaut **que pour les employeurs de la FPE**, car **dans la FPT** et par dérogation à l'article L.827-1 du CGFP, les **employeurs territoriaux participent obligatoirement** à la couverture du **risque prévoyance** (article L.827-9 du CGFP).

Ainsi, au sein de l'article 83 1° quater du Code Général des impôts et suite à la modification apportée par l'article 16 de la LFSS, le choix qui a été fait est d'orienter la rédaction en se fondant sur les règles applicables au versant étatique de la fonction publique. Néanmoins, il semble opportun de considérer que la nouvelle rédaction de l'article 83 1° quater du CGI concerne également les employeurs territoriaux.

Par conséquent, la participation employeur est déduite du revenu imposable dans une limite de déduction égale à la somme de 5 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale (PASS) et de 2 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du PASS. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération (article 83 1° quater du Code général des impôts).

VI. Le rôle des Centres de Gestion

Les Centres de Gestion se sont vu attribuer par le législateur une place dans le dispositif de participation à la protection sociale complémentaire, sur la base de l'alinéa 5 de l'article 25 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 qui dispose que :

« Les centres de gestion peuvent assurer la gestion de l'action sociale et de services sociaux en faveur des agents, à quelque catégorie qu'ils appartiennent, des collectivités et établissements qui le demandent. Ils peuvent souscrire, pour le compte des collectivités et établissements de leur ressort qui le demandent, des contrats-cadres permettant aux agents de bénéficier de prestations d'action sociale mutualisées et de conclure avec un des organismes mentionnés au I de l'article 88-2 une convention de participation dans les conditions prévues au II du même article. »

Les Centres de Gestion peuvent ainsi réaliser une mission qu'ils exercent déjà dans d'autres domaines, comme l'assurance contre les risques statutaires ou l'action sociale, qui est la conclusion d'une convention de participation mutualisée, cette dernière regroupant les collectivités territoriales et établissements publics qui auraient missionné le Centre de Gestion de leur département de la procédure de mise en concurrence.

Avec l'ordonnance du 17 février 2021, ce rôle est devenu **une obligation** pour les Centres de Gestion. Ils concluent pour le compte des employeurs territoriaux, des conventions de participation en matière de protection sociale complémentaire avec les organismes habilités (*article L.827-7 du CGFP*).

Ces conventions peuvent être conclues à un niveau régional ou interrégional (définition des modalités au sein du schéma régional ou interrégional de coordination, de mutualisation et de spécialisation).

Les organismes avec lesquels les Centres de Gestion peuvent conclure ces conventions de participation sont ceux fixés à l'article **L.827-5 du Code Général de la Fonction Publique**.

En revanche, l'adhésion des collectivités et leurs établissements publics affiliés pour un ou plusieurs risques couverts reste **facultative**. L'adhésion est astreinte à la signature d'un accord entre le Centre de Gestion et la collectivité ou l'établissement public (*article L.827-8 du CGFP*).

Remarque

Il est à noter que seul le Centre de Gestion peut être en charge d'un groupement de commandes. Ainsi, une intercommunalité ne peut pas lancer une consultation pour conclure une convention de participation pour le compte de ses communes membres.

Par ailleurs, les comités d'œuvres sociales ou toute autre structure associative ne sont pas amenés à intervenir directement ou indirectement dans le cadre d'une participation à la protection sociale complémentaire des agents.

VII. Les suites de l'ordonnance du 17 février 2021

A. Un débat sur la protection sociale complémentaire

Les assemblées délibérantes des collectivités territoriales **devaient** organiser un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire dans l'année suivant la publication de l'ordonnance, **soit avant le 18 février 2022** (article 4 III de l'ordonnance du 17 février 2021).

Par la suite, ce débat devra avoir lieu dans les **6 mois suivant le renouvellement général des assemblées** (article L.827-12 du CGFP).

La réglementation ne détermine pas précisément la mise en œuvre et le contenu de ce débat. Concrètement, il peut prendre la forme d'un point inscrit à l'ordre du jour de l'assemblée délibérante mais, qui ne fera pas l'objet d'un vote suite aux discussions.

Lors du débat organisé avant le 18 février 2022, il semblait a minima opportun d'évoquer :

- La situation existante dans la collectivité (*les risques couverts : santé et/ou prévoyance, les modalités de participation de l'employeur, le taux de participation...*) ;
- Les obligations nouvelles issues de l'ordonnance du 17 février 2021 ;
- Les évolutions éventuelles de la situation dans la collectivité suite à la parution de l'ordonnance.

Débat au sein du CSFPT

- En matière de complémentaire « prévoyance »

Un débat sera organisé **au plus tard le 31 décembre 2023** au sein du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT) sur les **garanties minimales** destinées à la **couverture des risques en matière de prévoyance** et le **montant de référence** permettant de déterminer la **participation minimale obligatoire des employeurs** (article 8 I décret n°2022-581 du 20 avril 2022).

- En matière de complémentaire « santé »

Un débat sera également organisé **au plus tard le 31 décembre 2024** sur les **garanties minimales** destinées à la **couverture des risques en matière de santé** et le **montant de référence** permettant de déterminer la **participation minimale obligatoire des employeurs** (article 8 II décret n°2022-581 du 20 avril 2022).

B. La possibilité de négocier un accord collectif en matière de complémentaire santé

Conformément à l'ordonnance n°2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique, la **protection sociale complémentaire** constitue **l'un des 14 domaines** au sein desquels l'employeur public et les organisations syndicales peuvent conclure **un accord collectif** produisant des effets juridiques.

À ce titre, et à compter du 1^{er} janvier 2022, **l'article L.827-2 du CGFP** précise qu'en cas d'accord collectif valide prévoyant la souscription par un employeur public d'un contrat collectif pour la couverture complémentaire « santé », cet accord peut prévoir la participation obligatoire de l'employeur au financement de la complémentaire « prévoyance ».

Cet accord pourra également prévoir la souscription obligatoire des agents à tout ou partie des garanties du contrat collectif.

Également, la définition des garanties des contrats destinés à couvrir les risques en matière de santé et de prévoyance des agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics peut faire l'objet d'une négociation dans les conditions fixées aux articles L. 221-1 à L. 227-4 du Code Général de la Fonction Publique et L. 827-2 du même code (*article 10 décret n° 2022-581 du 20 avril 2022*).



Pour en savoir plus sur la négociation d'un accord collectif valide, vous pouvez consulter la note d'information mutualisée relative à l'ordonnance « Négociation collective » n°2021-174 du 17 février 2021.

C. Le calendrier de mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance du 17 février 2021

Dans la Fonction Publique de l'Etat, l'obligation de participation financière à la PSC est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, sauf lorsque :

- Une convention de participation était en cours au 1^{er} janvier 2022. Dans ce cas, l'obligation de participation débute au terme de la convention.
- Aucune convention de participation n'était en cours au 1^{er} janvier 2022. Dans ce cas, l'obligation de participation débute au 1^{er} janvier 2024.

Dans la Fonction Publique Hospitalière, l'obligation de participation financière entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Dans la Fonction Publique Territoriale, les nouvelles dispositions issues de l'ordonnance entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2022. Néanmoins, l'ordonnance organise le **calendrier de mise en œuvre suivant** :

- **Faculté dès à présent** de participer à la protection sociale complémentaire **santé et prévoyance** ;

- **Obligation** de participation financière :
 - à la protection sociale complémentaire **santé** à compter du **1^{er} janvier 2026**.
 - à la protection sociale complémentaire **prévoyance** à compter du **1^{er} janvier 2025**.
- Si une convention de participation était en cours au 1^{er} janvier 2022, dans ce cas, l'obligation de participation débute au terme de la convention.

Réponses de la DGCL du 19/05/2022

La DGCL est venue apporter des précisions relatives au calendrier de mise en œuvre pour les conventions de participations en cours d'exécution :

- Tout d'abord, la DGCL confirme que depuis le 1^{er} janvier 2022, les conventions en cours dont l'échéance intervient avant les dates d'entrée en vigueur de l'obligation de participation (2025 et 2026) donnent lieu, à leur échéance prévue, à un renouvellement dont les conditions doivent se conformer sans délai aux dispositions du décret n°2022-581 du 20 avril 2022.
- D'autre part, les conventions en cours, conclues sous l'empire des dispositions antérieures au décret mais dont l'échéance excède les dates d'entrée en vigueur de l'obligation de participation (2025 et 2026) devront donner lieu si nécessaire à une mise en conformité de leurs conditions d'exécution (par un alignement sur les garanties minimales du décret), en 2025 et 2026, à condition que cette mise en conformité soit possible par voie d'avenant sans bouleverser l'économie de la convention initiale.

Un décret en Conseil d'Etat est attendu et fixera les modalités d'application de l'ordonnance, notamment sur les champs suivants :

- Les **conditions de participation de l'employeur public** au financement des garanties en l'absence d'accord majoritaire ;
- Les **dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires** et les modalités de prise en compte des **anciens agents non retraités** ;
- Lorsque la **souscription des agents** à tout ou partie des garanties est rendue **obligatoire** par la **conclusion d'un accord**, les cas dans lesquels certains agents peuvent être **dispensés** de cette obligation en raison de leur situation personnelle ;
- Les **montants de référence** pour la participation minimale des employeurs publics territoriaux (50% pour la complémentaire santé et 20% pour la complémentaire prévoyance) : décret n° 2022-581 du 20 avril 2022.

ANNEXES

Les étapes de mise en place d'une participation

Choisir les risques qui feront l'objet d'une participation (prévoyance et/ou santé) ET la **procédure de sélection** pour chacun des risques (labellisation ou convention de participation)



Recueillir l'**avis du Comité Social Territorial (CST)** sur le choix de la collectivité entre **labellisation et convention de participation**

La labellisation est choisie



Déterminer pour **chaque risque** (Santé et/ou Prévoyance) le **montant unitaire** de la participation attribuée à chaque agent et les **critères de modulation**



Recueillir l'**avis du CST**



Délibérer sur les modalités de la participation



Informer les agents des conditions d'attribution de la participation



Verser la participation soit directement à **chaque agent** adhérent soit directement à **l'organisme** gérant la garantie souscrite par l'agent

La convention de participation est choisie



Déterminer les **éléments essentiels** de la future convention et notamment le **montant estimé** de la participation



Recueillir l'**avis du CST**



Délibérer sur le dossier à mettre à la **mise en concurrence** et sur le **montant estimé** ou la fourchette de participation prévue



Lancer un **avis d'appel public** à la concurrence



Choisir l'**offre** après avis du CST



Sélectionner l'opérateur par **délibération** et signer la **convention de participation pour 6 ans**



Informer les agents des conditions d'attribution de la participation



Verser la participation soit directement à **chaque agent adhérent** soit directement à **l'organisme** gérant la garantie souscrite par l'agent

La convention de participation du Centre de Gestion est choisie



Conclusion d'un accord avec le **Centre de Gestion** pour adhérer à la convention de participation pour **un ou plusieurs risques** que cette convention est destinée à couvrir



Recueillir l'**avis du CST**



Informer les agents des conditions d'attribution de la participation



Verser la participation soit directement à **chaque agent adhérent** soit directement à **l'organisme** gérant la garantie souscrite par l'agent

Cotisations et Contributions

Pour la participation à une convention de participation présentant un caractère obligatoire et collectif

- **Fonctionnaires (≥ 28 heures hebdomadaires) : régime spécial - CNRACL**

Charges sociales et contributions	Taux		Observations
	Part patronale	Part salariale	
CSG déductible		6,8%	Sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels soit sur 100 % du montant de la participation
CSG non déductible		2,4%	
CRDS		0,5%	
RAFP	5%	5%	Lorsqu'un accord collectif est conclu en application de l'article L.827-2 du CGFP, la cotisation RAFP ne s'applique pas .

Le forfait social n'est pas dû pour les fonctionnaires relevant du régime spécial.

- **Agents publics (≤ 28 heures hebdomadaires) : régime général de la sécurité sociale**

Charges sociales et contributions	Taux		Observations
	Part patronale	Part salariale	
CSG déductible		6,8%	Sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels soit sur 100 % du montant de la participation
CSG non déductible		2,4%	
CRDS		0,5%	
Forfait social	8%		Le forfait social ne s'applique pas aux collectivités territoriales et établissements publics employant moins de 11 agents.

La participation employeur à la complémentaire santé/et ou prévoyance est exclue de l'assiette des cotisations du régime de retraite complémentaire.

Cotisations et Contributions

**Pour la participation à un contrat labellisé ou une convention de participation
ne présentant pas un caractère obligatoire et collectif**

- **Fonctionnaires (≥ 28 heures hebdomadaires) : régime spécial - CNRACL**

Charges sociales et contributions	Taux		Observations
	Part patronale	Part salariale	
CSG déductible		6,8%	Sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels soit sur 100 % du montant de la participation
CSG non déductible		2,4%	
CRDS		0,5%	
RAFP	5%	5%	Lorsqu'un accord collectif est conclu en application de l'article L.827-2 du CGFP, la cotisation RAFP ne s'applique pas .

Le forfait social n'est pas dû pour les fonctionnaires relevant du régime spécial.

- **Agents publics (≤ 28 heures hebdomadaires) : régime général de la sécurité sociale**

Charges sociales et contributions	Taux		Observations
	Part salariale	Part patronale	
Maladie - Maternité - Invalidité – Décès		13 %	
Assurance vieillesse déplafonnée	0,40 %	1,90 %	
Assurance vieillesse plafonnée	6,90 %	8,55 %	
Accident du travail – Maladies professionnelles		Taux collectif : 1,81 %	Au-delà de 20 agents, le taux est individualisé.
Allocations familiales		5,25 %	
FNAL (employeurs de moins de 50 agents)		0,10 %	
FNAL (employeurs de plus de 50 agents)		0,50 %	
Contribution de solidarité autonomie		0,30 %	
Versement mobilité			Taux voté par les autorités gestionnaires des transports en commun
CSG déductible	6,8 %		Sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels soit sur 100 % du montant de la participation
CSG non déductible	2,4 %		
CRDS	0,5 %		
IRCANTEC tranche A	2,80 %	4,20 %	Lorsqu'un accord collectif est conclu en application de l'article L.827-2 du CGFP, la cotisation IRCANTEC ne s'applique pas.
IRCANTEC tranche B	6,95 %	12,55 %	

Le forfait social ne s'applique pas dans cette situation.

Principales modifications suite à l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 17 février 2021 propre à la Fonction Publique Territoriale

