

Décrets, arrêtés, circulaires

ACCORDS COLLECTIFS DANS LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES

Accord du 20 octobre 2023 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident des agents du ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (MTECT), du ministère de la transition énergétique (MTE) et du secrétariat d'État chargé de la mer, ainsi que ceux des établissements publics et autorités administratives indépendantes

NOR : TREK2403244O

Entre :

Les représentants des Employeurs, signataires *in fine* ;

Et :

Les organisations syndicales représentatives, signataires *in fine*.

En application des dispositions du décret n° 2021-904 du 7 juillet 2021 relatif aux modalités de la négociation et de la conclusion des accords collectifs dans la fonction publique, les parties conviennent de définir les modalités de la protection sociale complémentaire des agents du ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (MTECT), du ministère de la transition énergétique (MTE) et du secrétariat d'État chargé de la mer, ainsi que ceux des établissements publics et autorités administratives indépendantes qui ont donné leur mandat à cet effet.

Sommaire

Préambule

Article 1^{er} : Objet

Article 2 : Périmètre de l'accord

Article 3 : Bénéficiaires

Article 4 : Garanties et dispositifs annexes

Article 5 : Cotisations

Article 6 : Sélection des contrats collectifs en santé

Article 7 : Information individuelle

Article 8 : Commission paritaire de pilotage et de suivi

Article 9 : Révision et dénonciation de l'accord ministériel

Article 10 : Entrée en vigueur et durée de l'accord ministériel

Annexe 1 : Périmètre de l'accord

Annexe 2 : Garanties optionnelles

Annexe 3 : Composition et répartition des voix de la commission paritaire de pilotage et de suivi suite aux élections de décembre 2022

Annexe 4 : Précisions quant aux bénéficiaires du dispositif

Préambule

Le dispositif juridique relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais de santé dans la fonction publique de l'État pose le cadre d'un régime de protection sociale complémentaire en santé de qualité pour les agents, fondé sur un socle interministériel de garanties santé, dans le cadre de contrats collectifs avec une participation financière de l'employeur.

Cette garantie de protection sociale complémentaire en matière de couverture des risques santé contribue à l'amélioration des conditions d'emploi des agents et constitue un facteur d'attractivité du ministère.

L'accord interministériel du 26 février 2022 et le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 rendent obligatoire l'adhésion à la couverture de protection sociale complémentaire santé. Cette adhésion obligatoire permet aux

agents de bénéficier de tarifs collectifs plus favorables et de garanties santé plus couvrantes dans le cadre d'un contrat mutualisé.

Ce régime succédera, d'une part, au dispositif temporaire de remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire santé des agents civils de l'Etat et, d'autre part, au dispositif de participation au financement de la protection sociale complémentaire, dit de « référencement », dans le cadre de la convention du 8 février 2019 confiant à la MGEN la gestion d'une offre de protection sociale complémentaire en faveur des agents des MTES-MCTRCT et des opérateurs associés.

Le ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (MTECT), le ministère de la transition énergétique (MTE) et le secrétariat d'Etat chargé de la mer, ainsi que ceux des établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes qui ont donné leur mandat à cet effet seront dénommés sous l'appellation « Employeur ».

Le présent accord ministériel est pris en application des dispositions relatives à la négociation collective aux articles L. 221-1 à L. 226-2, L. 227-2 à L. 227-4 et L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique.

La négociation collective menée avec les organisations syndicales représentatives au sein du comité social d'administration ministériel (CSAM) a conduit à définir, dans le respect de la réglementation en vigueur, les modalités, conditions et garanties du régime d'assurance collective complémentaire obligatoire santé.

Le présent accord ministériel s'inscrit dans le cadre défini par la fiche méthode présentée aux organisations syndicales représentatives le 20 mars 2023, et validée le 11 avril 2023.

Le présent accord complète et précise les dispositions de l'accord interministériel du 26 février 2022, qui sont applicables à l'employeur et s'inscrit dans le cadre réglementaire en vigueur. Il prendra en compte toutes les évolutions réglementaires à venir.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet, d'une part, de décliner les dispositions de l'accord interministériel du 26 février 2022 sur le volet santé et, d'autre part, de préciser les modalités de fonctionnement de l'adhésion des agents au contrat collectif d'assurance qui sera souscrit par l'Employeur auprès d'un organisme assureur habilité, sur la base des garanties définies dans le présent accord et de modalités d'application définies dans ledit contrat d'assurance. Ces garanties complémentaires permettront ainsi aux agents de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de sécurité sociale. L'adhésion au régime ainsi mis en place est obligatoire et s'impose à tous les agents actifs du périmètre concerné. L'adhésion des retraités et des ayants droit est facultative.

Le volet prévoyance de la PSC, correspondant aux risques résultant de l'incapacité de travail, de l'invalidité, de l'invalidité et du décès de l'agent, fait l'objet d'une négociation interministérielle, dont l'accord éventuel sera ultérieurement décliné par l'Employeur. Afin de pouvoir proposer aux agents une solution de prévoyance à compter de l'entrée en vigueur du dispositif de PSC volet Santé, et jusqu'à la mise en œuvre d'un éventuel contrat collectif dédié en application d'un accord interministériel, les parties conviennent de définir conjointement la solution la plus appropriée dans le cadre réglementaire en vigueur.

Article 2

Périmètre de l'accord

Le périmètre de l'accord PSC concerne les agents du ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (MTECT), du ministère de la transition énergétique (MTE) et du secrétariat d'Etat chargé de la mer (administration centrale, services à compétence nationale, services déconcentrés, dont les DDI), ainsi que ceux des établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes listés à l'annexe 1 qui ont donné leur mandat à cet effet. La DGAC est hors périmètre de la négociation.

Les parties conviennent que le présent accord est directement applicable au sein desdits établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes dès son entrée en vigueur.

Le périmètre ainsi défini pourra s'étendre aux établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes qui, ultérieurement, rejoindraient le dispositif. Un avenant au présent accord devra être établi à cet effet.

Article 3

Bénéficiaires

3.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par l'une des entités mentionnées au 2 du présent accord.

L'article 2 du décret du 22 avril 2022 liste spécifiquement les agents concernés (y compris les agents des autorités indépendantes). Il s'agit entre autres :

- des fonctionnaires civils de l'Etat ;
- des agents contractuels de droit public ;

- des agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- des ouvriers de l'Etat mentionnés au 5° de l'article L. 6 du code général de la fonction publique.

Les agents conservent la qualité de bénéficiaire actif et l'obligation d'adhésion au dispositif même lorsqu'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- congé parental ;
- disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- congé de formation professionnelle.

3.2. Bénéficiaires à titre facultatif

Selon l'article 4 et 5 du décret du 22 avril 2022, les anciens agents retraités ainsi que les ayants droit des agents actifs ou retraités pourront décider d'adhérer au contrat collectif objet du présent accord.

Pourront être affiliés au régime ainsi mis en place les personnes dans les situations suivantes :

- conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité ;
- personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ;
- personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil ;
- enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :

- a) Agé de moins de 21 ans ;
- b) Agé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail ;
- c) Reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes mentionnés au 1° de l'article 5, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

L'annexe 4 apporte des précisions quant aux bénéficiaires du dispositif.

3.3. Cas de dispenses d'adhésion (sur demande et sur présentation de justificatifs)

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime, certains agents, répondant aux situations mentionnées dans l'article 3 du décret du 22 avril 2022, et rappelées ci-après, peuvent être dispensés d'adhérer sur leur demande s'ils respectent les conditions suivantes :

- être bénéficiaire des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture ;
- être couvert par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif sélectionné par son employeur ou à la date de sa prise de fonctions, si elle est postérieure. Cette dispense est possible jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel, dans la limite de douze mois ;
- avoir conclu un contrat de travail à durée déterminée, à la condition qu'il bénéficie d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident ;
- être bénéficiaire, à titre facultatif ou obligatoire, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit, de l'un des dispositifs suivants :
 - couverture collective à adhésion obligatoire mise en place selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
 - couverture individuelle prévue au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières prévu par le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;
 - couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique.

Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut, à tout moment, renoncer à sa dispense et demander à adhérer au contrat. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut lui être appliquée.

Article 4

Garanties et dispositifs annexes

4.1. Garanties du panier de soins interministériel

Les garanties du panier de soins interministériel ainsi que les montants de remboursement définis par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais santé, seront repris dans le contrat collectif. L'adhésion au panier de soins interministériel, est obligatoire pour tout bénéficiaire actif hors cas de dispenses.

4.2. Garantie(s) optionnelle(s)

Afin de proposer des garanties renforcées aux agents, des garanties optionnelles pourront être souscrites par ces derniers.

L'agent aura la possibilité de changer d'option dans la limite d'un changement par an.

Le choix d'une option par l'agent emporte automatiquement adhésion de ses ayants droit du panier de soins à cette même option s'ils ont été déclarés bénéficiaires.

Le tableau de garanties des options figure à l'annexe 2 du présent accord collectif. Les taux et montants de remboursement des garanties optionnelles peuvent faire l'objet de modifications à la demande de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), définie à l'article 8 ci-après, donnant lieu à un avenant au contrat objet du présent accord, sur lequel elle émettra un avis.

4.3. Maintien des garanties

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son employeur, les garanties sont maintenues à titre gratuit au bénéfice de l'agent et de ses ayants droit pendant une durée maximum de 12 mois.

Ce bénéfice est accordé à l'agent sous réserve qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi et indemnisé à ce titre par le régime d'assurance chômage.

Les garanties maintenues sont identiques à celles des bénéficiaires actifs, y compris en cas d'évolution du régime.

4.4. Les actions de prévention en santé

Des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires seront mises en œuvre par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif sera conclu. Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'Employeur met en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail. Elles devront être mises en œuvre dans un cadre coordonné, en complémentarité avec les dispositifs existants au sein des établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes.

4.5. Accompagnement social

Des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif ministériel seront proposées par l'organisme assureur à la CPPS, avec une attribution en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires. La CPPS pourra proposer d'autres actions en concertation avec l'organisme assureur.

Par ailleurs, les critères et modalités d'attribution du fonds social seront déterminées par la CPPS.

4.6. Fonds d'aide aux retraités

Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est mis en place. L'objectif de ce fonds est de prendre en charge une partie de la cotisation des retraités. L'octroi de cette aide tient compte des ressources du bénéficiaire retraité.

Les modalités de mise en œuvre de cette aide seront déterminées par la CPPS.

Article 5

Cotisations

5.1. Cotisations au panier de soins interministériel

5.1.1. Montant de la cotisation d'équilibre

Le montant initial de la cotisation d'équilibre est fixé par l'organisme assureur avec lequel le contrat collectif est conclu.

5.1.2. Cotisations additionnelles

Le fonds d'aide à destination des retraités est alimenté par une cotisation additionnelle versée par l'ensemble des bénéficiaires des contrats collectifs, dont le pourcentage est fixé ainsi :

- 4 % des cotisations hors taxe qu'ils acquittent lors de la première année de mise en place du dispositif ;
- 3 % des cotisations hors taxe qu'ils acquittent lors de la deuxième année de mise en place du dispositif ;
- 2 % des cotisations hors taxe qu'ils acquittent les années suivantes.

Les prestations d'accompagnement social sont financées par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée, à la mise en place du dispositif, à 0,5 %.

Toute modification de ces taux nécessite une modification du présent accord, en application de l'article 24 du décret du 22 avril 2022 et conformément à l'article 9 du présent accord.

5.1.3. Cotisations des agents actifs

Le financement de la cotisation d'équilibre se répartit comme suit :

- en application de l'article 15 du décret du 22 avril 2022, l'Employeur prend en charge 50 % de la cotisation d'équilibre, hors cotisations additionnelles prévues au présent régime ;
- l'agent a à sa charge :
 - une première part forfaitaire de 20 % de la cotisation d'équilibre ;
 - une part individuelle solidaire fixée en fonction de ses rémunérations mensuelles soumises à CSG et CRDS, plafonnée au plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) correspondant, en moyenne sur la population des bénéficiaires actifs, à 30 % de la cotisation d'équilibre.

L'agent devra également s'acquitter des cotisations additionnelles présentées à l'article 5.1.2 du présent accord.

5.1.4. Cotisations des retraités

Les cotisations des retraités seront fixées dans le contrat collectif. Cette cotisation est limitée à 175 % de la cotisation d'équilibre.

L'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2022 précise qu'au cours des six années suivant la cessation définitive d'activité du bénéficiaire retraité, le pourcentage de la cotisation d'équilibre auquel est plafonnée la cotisation acquittée par les bénéficiaires retraités est fixé comme suit :

- au titre de la première année, à 100 % ;
- au titre de la deuxième année, à 125 % ;
- au titre des troisième, quatrième et cinquième année, à 150 %.

Les taux plafond indiqués peuvent évoluer en fonction des évolutions réglementaires ou des modalités fixées par le décret du 22 avril 2022.

5.1.5. Cotisations des ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités

Les cotisations des ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités seront fixées dans le contrat collectif :

- dans la limite de 100 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de plus de 21 ans dans la limite de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sans limite d'âge s'ils sont reconnus en situation de handicap ;
- à 50 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de moins de 21 ans, dans la limite de 2 enfants (gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans).

5.1.6. Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires actifs

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs seront fixées dans le contrat collectif dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre.

5.1.7. Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires retraités

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités seront fixées dans le contrat collectif.

5.2. Cotisations aux garanties optionnelles

Lorsque l'agent choisit d'adhérer à l'une des garanties optionnelles, il doit s'acquitter de la cotisation correspondant aux bénéficiaires du régime de base (*i.e.* l'agent et ses éventuels ayants droit). A cet effet, cette souscription, facultative, donnera lieu au paiement d'une cotisation en sus de celle due au titre de la garantie du panier de soins interministériel.

L'Employeur prend part au financement des garanties optionnelles de chaque agent actif à hauteur de 50 % de la cotisation, dans la limite d'un plafond de 5 € par bénéficiaire actif et par mois (quelle que soit l'option choisie).

5.3. Evolutions tarifaires

Les montants de cotisations définis dans le contrat pourront faire l'objet d'une révision chaque année en fonction des résultats dudit contrat.

La commission paritaire de pilotage et de suivi participe à la fixation du montant de la cotisation d'équilibre et à l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par l'organisme assureur.

En cas d'acceptation, les agents seront informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

L'Employeur met en œuvre un marché à procédure adaptée en application du code de la commande publique. Le titulaire du marché sera sélectionné pour une durée maximale de six ans, sur la base d'un cahier des charges mentionnant *a minima* les critères suivants mentionnés à l'article 8 du décret n° 2022-633 :

- critères de sélection liés aux candidats :
 - les garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats ;
- critères de sélection liés aux contrats :
 - le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
 - la maîtrise financière des contrats ;
 - la qualité de gestion des contrats et des services ;
 - la diversité et la qualité des actions de prévention conduites en direction des bénéficiaires des contrats.

Article 6

Sélection des contrats collectifs en santé

L'Employeur peut ajouter tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de ses agents. D'autres critères pourront être proposés par la CPPS.

La commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) participe à la définition des critères, leur hiérarchisation et leur pondération dans le respect des principes généraux de la concurrence et dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêt.

Avant l'attribution du contrat collectif, l'Employeur présente à la CPPS un rapport exposant son analyse des offres définitives des organismes complémentaires candidats et ses choix au regard des critères définis dans les documents de la consultation. La CPPS émet un avis sur ce rapport.

Article 7

Information individuelle

7.1. Informations générales sur le dispositif de protection sociale complémentaire

Les agents actifs seront destinataires d'une information de l'Employeur précisant les principes d'affiliation, celles de leur(s) ayant(s)-droit ainsi que les modalités de dispense.

Le financement de la cotisation sera également décrit.

Le cahier des charges de la consultation d'un organisme de protection sociale complémentaire prévoira la mise à disposition d'un simulateur afin de permettre aux agents d'estimer le montant de leur cotisation.

7.2. Après attribution du contrat de protection sociale complémentaire à un organisme de complémentaire santé

Une notice d'information détaillant les garanties ainsi que leurs modalités d'application, et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, sera remise à chaque bénéficiaire affilié au contrat.

Les modalités opérationnelles d'affiliation celles de leur(s) ayant(s)-droit ainsi que de dispense seront également précisées par l'organisme retenu et l'Employeur.

Il en ira de même en cas de modification des garanties et/ou du contrat.

Article 8

Commission paritaire de pilotage et de suivi

Une commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) de l'accord ministériel est constituée. Cette commission a pour mission de suivre l'application de cet accord par les Employeurs du périmètre concerné et du contrat collectif sur le périmètre concerné. Elle est saisie des demandes d'évolution de l'accord ministériel.

Dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts, elle est composée paritairement de représentants des Employeurs du périmètre concerné et de représentants des organisations syndicales représentatives des personnels, élues en comité social d'administration ministériel (CSAM).

La CPPS se réunit au moins trois fois par an.

La composition de la CPPS et la répartition des voix est présentée en annexe 3. Le renouvellement de la CPPS est défini à l'article 29 du décret du 22 avril 2022.

Article 9

Révision et dénonciation de l'accord ministériel

Le présent accord pourra être révisé et dénoncé selon les articles L. 227-2 à L. 227-4 du code général de la fonction publique et selon les mêmes modalités que celles de sa publication. Les évolutions réglementaires seront intégrées en cours d'accord.

La CPPS pourra proposer, en cas de décision majoritaire, une révision de l'accord.

Article 10

Entrée en vigueur et durée de l'accord ministériel

Le présent accord collectif ministériel est conclu pour une durée indéterminée. Il fait l'objet d'une publication au *Journal officiel* de la République française dans les conditions prévues aux articles L. 226-1 et L. 226-2 du code général de la fonction publique. Il prend effet à compter du lendemain de cette publication pour permettre la mise en place du dispositif de protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais de santé qui prendra effet à la date prévue dans le contrat d'assurance correspondante.

Fait à La Défense, le 20 octobre 2023.

Pour le ministre et par délégation :

Le secrétaire général des MTECT-MTE-SEMer,

G. LEFORESTIER

Pour les organisations syndicales :

FEETS-FO,

Z. NIZARALY

CFDT-UFETAM,

D. VINCENT

UNIPF-UNSA-DD,

S. MIAN

SNCTA-SNPL,

S. ROZALEN

ANNEXES

ANNEXE 1

PÉRIMÈTRE DE L'ACCORD

Le périmètre de l'accord PSC concerne les agents du ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (MTECT), du ministère de la transition énergétique (MTE) et du secrétariat d'État chargé de la mer (administration centrale, services à compétence nationale, services déconcentrés, dont les DDI), ainsi que ceux des établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorité publique indépendante ci-après qui ont donné leur mandat à cet effet. La DGAC est hors périmètre de l'accord.

Etablissements publics (EP) :

Agence de financement des infrastructures de transports de France (AFITF).

Agences de l'eau Loire-Bretagne, Artois-Picardie, Adour-Garonne, Rhin-Meuse, Seine-Normandie, Rhône-Méditerranée-Corse.

Agence nationale de l'habitat (ANAH).

Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT).

Agence nationale du contrôle du logement social (ANCOLS).

Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA).

Caisse de garantie du logement locatif social (CGLLS).

Conservatoire de l'espace littoral et des rivages lacustres (CELRL).

Ecole nationale des ponts et chaussées (ENPC).

Ecole nationale des travaux publics de l'Etat (ENTPE).

Ecole nationale supérieure maritime (ENSM).

Etablissement national des invalides de la marine (ENIM).

Etablissement public du Marais Poitevin (EPMP).

Institut national de l'information géographique et forestière (IGN).

Météo-France.

Office français de la biodiversité (OFB).

Parcs nationaux des Calanques, des Cévennes, des Écrins, des forêts, de la Guadeloupe, du Mercantour, de Port-Cros, des Pyrénées, de La Réunion, de la Vanoise, parc amazonien de Guyane.

Voies navigables de France (VNF).

A noter : l'Etablissement public de la sécurité ferroviaire (EPSF) et l'Agence nationale de la garantie des droits des mineurs (ANGDM) ont fait le choix de porter en propre la négociation et la passation du contrat collectif à adhésion obligatoire.

Autorités administratives indépendantes (AAI) :

Autorité de contrôle des nuisances aéroportuaires (ACNUSA).

Commission de régulation de l'énergie (CRE).

Commission nationale du débat public (CNDP).

A noter : l'Autorité de sécurité nucléaire (ASN) a fait le choix de se raccrocher à la démarche portée par le ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique.

Autorité publique indépendante (API) :

Médiateur national de l'énergie.

ANNEXE 2

GARANTIES OPTIONNELLES

Garanties y compris le remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Panier de soins interm.	Garanties optionnelles		
	Remboursement	Option 1	Option 2	Option 3
Hospitalisation				
Honoraires (1)				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	150%	170%	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	130%	150%	200%
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait hospitalier et frais de séjour				
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100%	100%	100%	150%
Chambre particulière (sans limitation de durée)				
Court séjour et maternité	50 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	40 € / nuit	40 € / nuit	40 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	45 € / nuit	45 € / nuit	45 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	25 € / nuit	30 € / nuit	30 € / nuit
Aide à la continuité territoriale pour les îliens		38,50 € / nuit	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
Prestation de séjour hospitalier				
Prestation de séjour hospitalier				
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultations / Visites de médecins généralistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	150%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%
Consultations / Visites de médecins spécialistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	150%	170%	200%

Poste de soins	Panier de soins interm.	Garanties optionnelles		
	Remboursement	Option 1	Option 2	Option 3
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	130%	150%	180%
Actes techniques médicaux				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	150%	170%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	130%	150%	180%
Actes d'imagerie médicale				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130%	130%	170%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	150%	180%
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%	100%	130%	130%
Masseurs-kinésithérapeutes	130%	130%	130%	130%
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%
Médicaments				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	100%	100%	100%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	70 € / an	70 € / an	70 € / an
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200%	250%	275%	300%
Frais de transport en véhicule sanitaire				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100%	100%	100%	100%
Dentaire				
Soins et prothèses 100 % Santé (2)				
Soins et prothèses 100 % Santé	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Soins (hors 100 % Santé)				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100%	100%	100%	100%
Prothèses (hors 100 % Santé)				
Panier Maitrisé				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375%	375%	400%	425%
Prothèses amovibles	375%	375%	400%	400%
Prothèses provisoires	375%	375%	400%	400%
Inlay Core	375%	375%	400%	400%
Inlays onlays d'obturation	150%	150%	250%	250%

Poste de soins	Panier de soins interm.	Garanties optionnelles		
	Remboursement	Option 1	Option 2	Option 3
Panier Libre				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300 %	Dent visible : 300 %	400%	425%
	Dent non visible : 250 %	Dent non visible : 250 %	400%	425%
Prothèses amovibles	Dent visible : 300 %	Dent visible : 300 %	400%	400%
	Dent non visible : 250 %	Dent non visible : 250 %	400%	400%
Prothèses provisoires	300%	300%	400%	400%
Inlay Core	200%	200%	400%	400%
Inlays onlays d'obturation	150%	150%	250%	250%
Implantologie				
Implants	500 € / implant	500 € / implant	650 € / implant	650 € / implant
	(limite 2 implants / an)	(limite 2 implants / an)	(limite 2 implants / an)	(limite 2 implants / an)
Couronne sur implant	200 € / couronne	200 € / couronne	350 € / couronne	500 € / couronne
	(limite 2 couronnes / 2 ans)	(limite 2 couronnes / 2 ans)	(limite 2 couronnes / 2 ans)	(limite 2 couronnes / 2 ans)
Orthodontie				
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250%	250%	300%	350%
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	400 € / semestre	400 € / semestre	400 € / semestre
Parodontologie				
Parodontologie (non remboursée par la Sécurité sociale)		200 € / an	200 € / an	200 € / an
Aides auditives				
Equipements 100 % Santé (2) (3)				
Equipements 100 % Santé	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre (3)				
Equipements à tarif libre pour les plus de 20 ans	800 €	800 €	1 000 €	1 000 €
Equipements à tarif libre pour les 20 ans et moins ou atteint de cécité	1 400 €	1 400 €	1 500 €	1 500 €
Frais d'entretien et réparation				
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100% + 30 € / an	100% + 30 € / an
Optique				
Equipements 100 % Santé (2)				
Equipements 100 % Santé	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre				
Monture	50 €	70 €	85 €	100 €
Verres	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optique				

Poste de soins	Panier de soins interm.	Garanties optionnelles		
	Remboursement	Option 1	Option 2	Option 3
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables (4)	100 € / an	100 € / an	170 €	170 €
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	400 € / an	450 € / an	450 € / an
Grille optique (remboursement par verre)				
Verre unifocal, sphérique				
Sphère de - 6 à + 6 (simple)	60 €	80 €	120 €	140 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (complexe)	110 €	160 €	180 €	180 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (simple)	60 €	80 €	120 €	140 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (simple)	60 €	80 €	120 €	140 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (complexe)	110 €	160 €	180 €	200 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (complexe)	110 €	160 €	180 €	200 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (complexe)	110 €	160 €	180 €	200 €
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de - 4 à + 4 (complexe)	150 €	160 €	180 €	200 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (très complexe)	200 €	250 €	300 €	350 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0 (complexe)	150 €	160 €	180 €	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (complexe)	150 €	160 €	180 €	200 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (très complexe)	200 €	250 €	300 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (très complexe)	200 €	250 €	300 €	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (très complexe)	200 €	250 €	300 €	350 €
Traitement anti-lumière bleue des verres		Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres postes				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale				
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100%	100% + 50 € / an	100% + 75 € / an	100% + 150 € / an
Allocation naissance / adoption				
Allocation naissance / adoption			5% du PMSS	10% du PMSS
Médecines additionnelles et de prévention				
Médecine douce				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an	5 séances	5 séances	5 séances
	(limite 40 € / séance)	50 Euros par séance	50 Euros par séance	50 Euros par séance
Psychologue				
Psychologue	4 séances / an	4 séances / an	7 séances	10 séances
	(limite 30 € / séance)	(limite 30 € / séance)	40 Euros par séance	40 Euros par séance
Actes refusées par la sécurité Sociale				

Poste de soins	Panier de soins interm.	Garanties optionnelles		
	Remboursement	Option 1	Option 2	Option 3
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an	100 Euros/an	120 Euros/an	120 Euros/an
Orthopédie		50 € / an	75 € / an	100 € / an
Contraception, tests de grossesse	80 € / an	80 € / an	80 € / an	80 € / an
Vaccin contre la grippe				
Aide à la reprise du sport après une ALD		25 € par an	50 € par an	75 € par an
Prévention				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte	183 € / acte	183 € / acte	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.
(2) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.
(3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.
(4) Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.

ANNEXE 3

COMPOSITION ET RÉPARTITION DES VOIX DE LA COMMISSION PARITAIRE
DE PILOTAGE ET DE SUIVI SUITE AUX ÉLECTIONS DE DÉCEMBRE 2022**Répartition des sièges et des voix des organisations syndicales représentatives :**

Organisations syndicales	Nombre de représentants	Suffrages recueillis aux dernières élections	Pourcentage de voix
FO	1	7 945	24,9 %
CGT	1	7 645	24,0 %
CFDT	1	6 023	18,9 %
UNIPF-UNSA	1	5 895	18,5 %
SNCTA-SNPL	1	2 286	7,2 %
FSU	1	2 286	6,6 %
TOTAL	6	32 080	100,0%

Chaque organisation syndicale désigne un représentant titulaire et deux représentants suppléants.

Répartition des sièges et des voix des employeurs :

Les six représentants des employeurs disposent chacun d'un siège et d'un nombre égal de voix.

Employeurs	Nombre de représentants	Pourcentage de voix
Représentant de l'employeur	1	16,6 %
Représentant de l'employeur	1	16,6 %
Représentant de l'employeur	1	16,6 %
Représentant de l'employeur	1	16,6 %
Représentant de l'employeur	1	16,6 %
Représentant de l'employeur	1	16,6 %
TOTAL	6	100 %

ANNEXE 4

PRÉCISIONS QUANT AUX BÉNÉFICIAIRES DU DISPOSITIF

	Adhésion (hors cas de dispenses)	Prise en charge par l'employeur du panier de soins interministériel
Agents actifs		
Fonctionnaires civils de l'Etat	Obligatoire	50%
Fonctionnaires stagiaires de l'Etat	Obligatoire	50%
Agents contractuels de droit public	Obligatoire	50%
Agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale	Obligatoire	50%
Ouvriers de l'Etat mentionnés au 5° de l'article L. 6 du CGFP	Obligatoire	50%
Actif en congé parental	Obligatoire	50%
Actif en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou charges parentales	Obligatoire	50%
Actif en congé de proche aidant, de présence parentale et congé de solidarité familiale	Obligatoire	50%
Actif en congé de formation professionnelle	Obligatoire	50%
Retraités		
Retraités	Facultative	0%
Ayants-droit		
Conjoints, Pacsés et concubins	Facultative	0%
Enfants ou petits-enfants à charge jusqu'à 25 ans (sans limite d'âge en cas de handicap)	Facultative	0%
Veufs/veuves	Facultative	0%
Orphelins/orphelines	Facultative	0%
Cas particuliers		
Personnel militaire en position normale d'activité	Adhésion obligatoire à la PSC du ministère des Armées	50%
Personnel militaire en détachement	Adhésion obligatoire à la PSC de son employeur	50%
Apprentis	Obligatoire	50%
Agents avec suspension de contrat (dont disponibilité pour création d'entreprise, etc)	Facultative	0%
Contrat de courte-durée	Obligatoire	50%
Stagiaires (hors fonctionnaires stagiaires)	Non couvert	-
Services civiques	Non couvert	-