

Décrets, arrêtés, circulaires

ACCORDS COLLECTIFS DANS LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Accord du 25 juin 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident pour les personnels du ministère de la justice et des établissements et autorités rattachés

NOR : JUST24209130

Entre :

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

d'une part,

Et :

UNSa Justice ;

USM ;

Union des syndicats FORCE OUVRIÈRE du ministère de la justice ;

CGT ;

SM ;

CFDT Intercro,

d'autre part.

Préambule

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique définit un nouveau cadre afin de favoriser et d'améliorer la couverture sociale complémentaire des agents de la fonction publique. Elle constitue une avancée majeure pour les agents publics dès lors que les employeurs publics seront tenus, comme dans le secteur privé, de participer au financement pour la moitié de la cotisation d'équilibre de leur régime de protection complémentaire santé.

La protection sociale complémentaire des agents de l'Etat répond à un objectif social destiné à améliorer les conditions de vie des agents en leur permettant d'accéder à une couverture sociale complémentaire de qualité à un coût maîtrisé. Elle vise à mettre en œuvre des dispositifs de solidarité notamment intergénérationnels et familiaux entre les bénéficiaires ainsi qu'un degré significatif de mutualisation des risques.

L'ordonnance du 17 février 2021 traite des risques « santé » tels que définis ci-après et prévoit le recours à la négociation collective dans un esprit de dialogue et de responsabilité de l'ensemble des parties.

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat, précisé par le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, a pour objet de définir le régime de protection sociale complémentaire « santé » dans la fonction publique de l'Etat ainsi que d'améliorer l'accès des agents aux soins et leur niveau de couverture des risques santé. A cet effet, il instaure un régime de couverture complémentaire collectif des frais de santé dans la fonction publique de l'Etat et définit un socle de garanties interministériel.

Cet accord prévoit en son point 1.2 *Champ d'application de l'accord interministériel* que les employeurs publics de l'Etat négocient avec les organisations syndicales représentatives à leur niveau en vue de conclure des accords d'application de cet accord interministériel.

C'est dans ce cadre qu'un accord de méthode a été conclu le 22 janvier 2024 avec les organisations syndicales représentatives au sein du ministère de la justice, afin de définir le cadre des négociations concernant le champ d'application et les modalités de mise en œuvre de ce nouveau régime en matière de santé au sein du ministère de la justice. Les trois objectifs recherchés sont les suivants :

- l'objectif social d'amélioration des conditions de vie des agents en leur permettant d'accéder à une couverture sociale complémentaire de qualité à un coût maîtrisé ;
- la mise en œuvre de dispositifs de solidarité notamment intergénérationnels et familiaux entre les bénéficiaires ainsi qu'un degré significatif de mutualisation des risques ;

- assurer une solidarité entre tous les agents du périmètre ministériel, ainsi que des ayants droit et des retraités, et aussi négocier le meilleur niveau de cotisation.

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 la fonction publique de l'Etat.

Préalablement à la signature de cet accord, les organisations syndicales de magistrats ont signé de manière majoritaire, un accord d'applicabilité aux magistrats de l'ordre judiciaire de l'accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat conclu le 26 février 2022, rendant applicable aux magistrats l'accord santé.

Pour rappel, l'accord de méthode signé concerne à la fois la protection santé et la prévoyance et prévoit la négociation en parallèle de deux accords de fond.

TITRE I^{er}

OBJET ET PÉRIMÈTRE D'APPLICATION DE L'ACCORD MINISTÉRIEL

Article 1^{er}

Objet de l'accord ministériel

Le présent accord a pour objet de définir le régime de protection sociale complémentaire « santé » au sein du ministère de la justice ainsi que d'améliorer l'accès des agents aux soins et leur niveau de couverture des risques santé.

Les risques « santé » correspondent aux risques d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique ainsi qu'à la maternité de l'agent. Ainsi, les garanties « santé » couvrent les frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident restant à la charge de l'agent après le remboursement de la part versée par son régime de base de sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, des frais non remboursés par ce régime.

A cet effet, il instaure un régime de couverture complémentaire collective des frais de santé destiné à couvrir les frais de santé, en complément et en supplément des remboursements effectués par les régimes obligatoires de Sécurité sociale, par un contrat collectif auquel les bénéficiaires actifs tels que définis à l'article 3.1 adhèrent obligatoirement.

Article 2

Périmètre d'application de l'accord ministériel

L'accord ministériel couvre l'ensemble du périmètre ministériel, y compris les établissements publics, autorités et institutions qui auront opté pour intégrer le périmètre de l'accord.

La liste des établissements publics, autorités et institutions concernés est jointe en annexe I du présent accord et sera mise à jour si besoin jusqu'à la date de lancement de la procédure d'appel d'offres.

TITRE II

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Article 3

Bénéficiaires du contrat collectif santé

3.1. Bénéficiaires actifs

Sont considérés comme bénéficiaires actifs tous les agents actifs employés et rémunérés par le ministère de la justice ou les établissements publics, autorités et institutions qui auront opté pour intégrer le périmètre de l'accord.

Ces bénéficiaires adhèrent au contrat collectif conclu par le ministère de la justice, sans condition d'ancienneté.

Il s'agit des :

- magistrats de l'ordre judiciaire ;
- auditeurs de justice et stagiaires du concours professionnel prévu par l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 portant loi organique relative au statut de la magistrature ;
- fonctionnaires titulaires et stagiaires ;
- agents contractuels de droit public ;
- agents contractuels de droit privé lorsqu'ils ne sont pas couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Conservent la qualité de bénéficiaires actifs les agents placés dans une position ou une situation n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions et percevant une rémunération, une prestation en espèces ou une allocation, versée par leurs employeurs ou un organisme de sécurité sociale ainsi que les agents placés en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou tout dispositif de même nature.

Il s'agit des agents placés en congé parental, en 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, en congé de

présence parentale, en congé de proche aidant, en congé de solidarité familiale ou encore en congé de formation professionnelle.

Conservent également leur adhésion au contrat les anciens bénéficiaires actifs qui deviennent agents non retraités dans le respect des conditions listées à l'article 26 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat.

3.2. Bénéficiaires retraités du ministère de la justice

Sont considérés comme bénéficiaires retraités les anciens agents du ministère de la justice répondant aux conditions cumulatives suivantes :

1. Etre titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de la fonction publique de l'Etat : régime du code des pensions civiles et militaires de retraite, régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques ;
2. Avoir la qualité de bénéficiaire actif à la date de cessation d'activité définitive pour admission à la retraite.

Le bénéficiaire retraité qui, postérieurement à la liquidation d'une pension de retraite mentionné au 1, exerce une activité rémunérée permettant d'obtenir un droit à pension perd cette qualité et la possibilité de l'acquérir à nouveau.

Les bénéficiaires déjà retraités à la date d'entrée en vigueur du contrat peuvent adhérer au contrat collectif conclu par le ministère de la justice si ce dernier est leur dernier employeur public de l'Etat.

En aucun cas, l'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu ne peut refuser l'adhésion d'un retraité qui en fait la demande dans le délai d'un an suivant sa cessation d'activité.

A titre transitoire, la personne qui est déjà retraitée à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu par le ministère de la justice, dispose d'un délai d'un an à compter de cette date pour y adhérer. L'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu ne peut pas refuser ces demandes d'adhésion.

Conformément à l'ordonnance du 17 février 2021, les bénéficiaires retraités ne reçoivent pas de participation financière du ministère de la justice. Des mécanismes de solidarité permettant de contribuer au financement des garanties des bénéficiaires retraités sont précisés à l'article 8 du présent accord.

Information des retraités :

Les retraités sont informés des modalités d'adhésion par leur dernier employeur public de l'Etat ou, lorsqu'ils ont déjà liquidé leur retraite, par les gestionnaires des régimes de retraite dont ils relèvent.

3.3. Bénéficiaires ayants droit

Les ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités énumérés ci-après peuvent adhérer au contrat collectif dont relèvent ces bénéficiaires :

1. Le conjoint du bénéficiaire actif ou retraité non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ;
2. La personne liée au bénéficiaire actif ou retraité par un pacte civil de solidarité ;
3. Le concubin du bénéficiaire actif ou retraité au sens de l'article 515-8 du code civil ;
4. Les enfants ou petits-enfants du bénéficiaire actif ou retraité, et ceux de son conjoint ou de la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec lui, dès lors qu'ils sont à charge au sens de l'article 6 du code général des impôts et qu'ils sont :
 - a) Agés de moins de 21 ans ;
 - b) Agés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études, sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi ;
 - c) Reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, quel que soit leur âge.

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, peut conserver, 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.

A titre transitoire, la personne qui bénéficie d'une pension de réversion de son conjoint décédé à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu par le ministère de la justice en application du présent accord, dispose d'un délai d'un an pour y adhérer. L'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu ne peut pas refuser ces demandes d'adhésion.

Les bénéficiaires ayants droit n'ont pas vocation à recevoir une participation financière directe du ministère de la justice. Des mécanismes de solidarité permettant de réduire le montant des cotisations acquittées au titre de la couverture des ayants droit sont prévus à l'article 8 du présent accord.

Article 4

Adhésion obligatoire au contrat collectif et cas de dispenses d'adhésion à ce contrat

Conformément à l'article 3 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, les bénéficiaires actifs adhèrent obligatoirement, c'est-à-dire souscrivent obligatoirement, au panier de soin du contrat collectif défini par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et par l'annexe de l'arrêté du 30 mai 2022. Peuvent toutefois se dispenser de cette adhésion obligatoire, sur demande et en fournissant les justificatifs correspondants au ministère de la justice ou à ses établissements de rattachement :

1. Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture ;
2. Les agents couverts 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 conclu par le ministère de la justice ou de la prise de fonctions si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel dans la limite de douze mois ;
3. Les agents bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée, s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;
4. Les agents bénéficiaires, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de l'un des dispositifs suivants :
 - a) Dispositifs de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place selon l'une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
 - b) Dispositif de couverture individuelle dit versement santé prévu au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ;
 - c) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazière (la CAMIEG) ;
 - d) Dispositifs de couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Les agents dispensés d'adhésion peuvent à tout moment revenir sur leur décision et adhérer au contrat collectif. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut leur être appliquée.

Article 5

Prestations de la couverture collective des frais de santé

Les garanties proposées comprennent ;

- un panier interministériel de soins qui est le socle obligatoire pour les bénéficiaires actifs ;
- un régime optionnel avec trois niveaux.

5.1. Panier de soins du socle interministériel

Les garanties proposées sont celles du panier de soins négocié avec les représentants du personnel au niveau interministériel et figurent à l'annexe II du présent accord. Ces prestations sont supérieures aux garanties minimales définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires retraités et ayants droit qui ont adhéré à la couverture collective bénéficient de garanties identiques à celles des bénéficiaires actifs.

L'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu ne peut pas appliquer de délai de carence au bénéfice des prestations.

Pour les agents affectés dans les départements et régions d'outre-mer (DOM-ROM) sauf Mayotte, les garanties interministérielles s'appliquent de fait en raison de l'affiliation au régime de sécurité sociale français et ne nécessitent pas d'adaptation. Par conséquent, les garanties mentionnées à l'annexe 2 du présent accord leur sont applicables.

Pour les agents affectés à Mayotte et dans les collectivités d'outre-mer, la participation employeur prendra la forme d'un remboursement forfaitaire dont la mise en place interviendra par le biais d'une mesure législative à venir.

Une synthèse de l'affiliation des agents des DROM-COM et territoires ultra-marins est présentée en annexe 3.

Les garanties du panier socle du contrat collectif obligatoire pour les agents affectés à l'étranger en raison des spécificités liées au régime de sécurité sociale de ces périmètres sont celles prévues à l'annexe 4. Cette grille est applicable indépendamment du pays d'affectation.

L'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu ne recueille pas d'informations médicales individuelles auprès des bénéficiaires de la couverture collective. Sous réserve des dispositions de l'article 3.3 du présent accord, aucune condition d'âge n'est fixée pour adhérer au contrat collectif.

A tout moment, si des évolutions législatives ou réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes de l'accord, après évaluation du comité de suivi de l'accord interministériel et consultation de la CPPS.

5.2. Garanties optionnelles

Au-delà du panier de soins du socle interministériel, trois niveaux de garanties optionnelles peuvent être souscrites par les bénéficiaires mentionnés à l'article 3 du présent accord, à l'exception des agents affectés à l'étranger ainsi que les agents affectés dans les territoires ultra-marins non bénéficiaires du nouveau régime (tel que répertorié en l'annexe 3).

Ces garanties sont définies en annexe 2 du présent accord.

Le bénéficiaire aura la possibilité de changer d'option dans la limite d'un changement par an à compter de la souscription.

Article 6

Cotisations des bénéficiaires

Les cotisations sont exprimées en euros. Elles ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des bénéficiaires du contrat collectif. Pour les bénéficiaires actifs, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'âge.

Pour les bénéficiaires actifs et leurs ayants droit, les cotisations sont calculées à partir d'une cotisation d'équilibre du contrat collectif. Cette cotisation d'équilibre correspond à la somme, rapportée à un bénéficiaire actif :

- du coût total mensuel du financement des garanties prévues à l'article 5 du présent accord pour l'ensemble des bénéficiaires actifs – appelé cotisation de référence. La cotisation de référence équivaut au coût du panier de soins pour un bénéficiaire actif multiplié par le nombre de bénéficiaires actifs du contrat collectif ;
- du coût de chacun des mécanismes de solidarité prévus aux paragraphes 8.1.2, 8.1.3, 8.2 et 8.3.

Le montant de la cotisation d'équilibre est défini chaque année après avis de la CPPS.

La CPPS participe au pilotage des évolutions des cotisations.

6.1. Les cotisations des bénéficiaires actifs sur le panier de soins du socle interministériel

Les cotisations des bénéficiaires actifs sont constituées de trois parts :

- une part employeur forfaitaire s'élevant à 50 % de la cotisation d'équilibre et financée par le ministère de la justice dans les conditions prévues à l'article 7 du présent accord ; ainsi qu'une participation pour l'option définie au même article 7 ;
- une part individuelle forfaitaire s'élevant à 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- pour le reste, une part individuelle solidaire représentant pour les bénéficiaires actifs en moyenne 30 % de la cotisation d'équilibre. La part solidaire individuelle est calculée en appliquant un coefficient à la rémunération mensuelle brute du bénéficiaire actif, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale (1). Ce coefficient est ainsi égal à : $(\text{cotisation d'équilibre} - \text{part forfaitaire employeur} - \text{part forfaitaire individuelle}) \div \text{par le revenu moyen des bénéficiaires actifs couverts par le contrat (dans la limite d'un plafond mensuel de la sécurité sociale)}$.

La cotisation des bénéficiaires actifs mentionnées au paragraphe 3.1 de l'article 3 du présent accord et qui sont placés dans l'une des situations ou positions n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions (2), est égale à 50 % de la cotisation d'équilibre.

Pour les agents affectés en Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle, des taux minorés seront appliqués en proportion du financement des garanties complémentaires déjà prises en charge par ce régime.

6.2. Les cotisations des bénéficiaires retraités sur le panier de soins du socle interministériel

Les cotisations des bénéficiaires retraités sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties.

Par dérogation au précédent alinéa, la cotisation des bénéficiaires retraités est encadrée dans les conditions définies à l'article 8 du présent accord.

6.3. Les cotisations des bénéficiaires ayants droit sur le panier de soins du socle interministériel

6.3.1. Les cotisations des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires actifs sont fixées de sorte de couvrir leurs recours effectifs aux garanties, dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre.

6.3.2. Les cotisations des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires retraités sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties.

6.3.3. Les cotisations des enfants de moins de 21 ans correspondent à une fraction de la cotisation d'équilibre, fixée par arrêté interministériel. Par dérogation au précédent alinéa, la cotisation de ces ayants droit est aménagée dans les conditions définies à l'article 8 du présent accord.

6.3.4. Les cotisations des enfants de plus de 21 ans sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties, dans la limite d'un plafond de 100 % du montant de la cotisation d'équilibre.

6.4. Les cotisations du régime optionnel

Pour le régime optionnel, les taux de cotisations pour chaque catégorie de bénéficiaires sont les mêmes que ceux prévus pour le socle de garanties interministériel avec une structuration identique et les mêmes mécanismes de solidarité prévus dans le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat pour chaque catégorie de bénéficiaires : agents, retraités et ayants droit.

Pour les agents, la cotisation correspondra à la cotisation d'équilibre de l'option choisie, sans application d'une part solidaire variable.

Article 7

Participation du ministère de la justice au financement de la couverture collective des frais de santé

Le montant de la participation du ministère de la justice est forfaitaire. Elle correspond, pour chaque agent, à 50 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif définie à l'article 6 du présent accord.

S'ajoute également une prise en charge des garanties optionnelles à hauteur de 50 % du coût de l'option dans la limite de 5 € par mois et par bénéficiaire actif et sous réserve que ces garanties optionnelles respectent le cadre des contrats solidaires et responsables.

Article 8

Mécanismes de solidarité à mettre en œuvre par le contrat collectif en santé

8.1. Solidarités à destination des bénéficiaires retraités

La CPPS évalue les mécanismes de solidarité à destination des bénéficiaires retraités au terme d'un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu en application de l'accord interministériel du 26 janvier 2022.

Elle transmet un rapport d'évaluation au comité de suivi de l'accord interministériel du 26 janvier 2022, ainsi qu'au comité de suivi ministériel défini à l'article 16.

8.1.1. Les bénéficiaires retraités ont un droit d'adhésion au contrat collectif, sans distinction en fonction de leur état de santé.

8.1.2. Le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités évolue en fonction de l'âge. Elle est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif.

Au-delà de l'âge de 75 ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus en fonction de l'âge.

8.1.3. Par dérogation au paragraphe 8.1.2, à compter de la date de leur cessation d'activité, les bénéficiaires actifs qui demandent le maintien de leur adhésion ont la qualité de bénéficiaires retraités. Ils deviennent alors redevables, la première année, d'une cotisation dont le montant est égal à la cotisation d'équilibre du contrat collectif.

Le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités évolue en fonction de l'âge par tranches annuelles à compter de 25 ans, s'agissant des retraites pour invalidité, et jusqu'à 70 ans.

Il ne dépasse :

- ni le financement du recours effectif moyen de ces bénéficiaires aux garanties couvertes ;
- ni les plafonds définis par les articles 7.1.2. et 7.1.3. de l'accord interministériel du 26 janvier 2022.

Après avis de la CPPS, le montant de la cotisation est fixé annuellement par tranche d'âge annuelle en fonction des comptes de résultat des bénéficiaires retraités, dans la limite de ces plafonds. Le coût des mécanismes de solidarité prévus aux paragraphes 8.1.2 et 8.1.3 fait l'objet d'une évaluation annuelle pour chaque périmètre contractuel concerné.

La CPPS évalue son coût prévisionnel sur les cinq prochaines années et informe le comité de suivi de l'accord interministériel du 26 janvier 2022.

8.1.4. Le coût des mécanismes de solidarité prévus aux paragraphes 8.1.2 et 8.1.3 fait l'objet d'une évaluation annuelle pour chaque périmètre contractuel concerné.

La CPPS évalue son coût prévisionnel sur les cinq prochaines années et informe le comité de suivi de l'accord interministériel du 26 janvier 2022.

8.1.5. Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est créé auprès de la CPPS. Cette commission propose un barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités en tenant compte des ressources de ces bénéficiaires.

Le financement du fonds est exclusivement assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à 2 % des cotisations hors taxe du panier de soins du socle interministériel acquittées par l'ensemble des bénéficiaires.

La CPPS participe à l'audit et l'évaluation de la mise en œuvre des dispositifs de solidarité.

8.2. Solidarités à destination des bénéficiaires ayants droit

Le montant de la cotisation correspondant à la couverture des enfants est plafonné au niveau du montant de la cotisation correspondant à deux enfants à compter de l'adhésion du troisième enfant âgé de moins de 21 ans.

8.3. Solidarités à destination des anciens agents non retraités et de leurs ayants droit

Les bénéficiaires actifs qui deviennent d'anciens agents non retraités, demandeurs d'emploi indemnisés, conservent leur adhésion au contrat collectif en santé pour les mêmes garanties et à titre gratuit, sans contrepartie de cotisation, à compter de la date de cessation de leur relation de travail avec le ministère de la justice à condition qu'ils soient inscrits comme demandeur d'emploi et qu'ils soient indemnisés au titre de leur régime d'assurance chômage.

La durée du maintien de cette adhésion est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs sans période d'interruption de plus de deux mois avec le ministère de la justice ou de la dernière période d'activité du fonctionnaire, appréciée en mois entiers, dans la limite de la période d'indemnisation par l'assurance chômage et sans qu'elle ne puisse excéder douze mois.

Dans les mêmes limites de durée et de conditions de bénéfice de l'assurance chômage de l'ancien agent non retraité, les bénéficiaires ayants droit des anciens agents non retraités continuent de bénéficier du maintien de leur adhésion au contrat collectif pour les mêmes garanties et à titre gratuit, sans contrepartie de cotisation.

Les garanties maintenues en application du présent article sont celles en vigueur au sein du ministère de la justice.

Article 9

Actions de prévention en santé et accompagnement social

9.1. Fonds d'accompagnement social

Conformément à l'article 27 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, le présent accord prévoit la création d'un fonds d'accompagnement social. Ce fonds met en œuvre des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif. Ces prestations sont déterminées par la CPPS et attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

Les conditions d'attribution de ces prestations seront définies par la CPPS.

Le financement de ces prestations est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à 0,5 % des cotisations du panier de soins du socle interministériel hors taxe acquittées par les bénéficiaires, sans préjuger de son évolution dans le cadre de la CPPS.

9.2. Actions de prévention

L'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu met en œuvre à destination des bénéficiaires des actions de prévention en santé, et notamment :

- réalisation de campagnes de prévention en santé ;
- mise à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé ;
- diffusion de contenus d'information sur la santé.

La CPPS participe à la définition, au pilotage et à l'évaluation de ces actions de prévention.

Ces actions de prévention en santé sont entièrement à la charge de l'organisme complémentaire. Elles ne font l'objet d'aucune participation financière, ni de la part de l'employeur public, ni de celle des bénéficiaires.

Il est rendu compte à la CPPS de la mise en œuvre de ces actions.

Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que le ministère de la justice doit mettre en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail.

Article 10

Sélection du contrat collectif en santé

Le contrat collectif sera sélectionné par le ministère de la justice, pour six ans maximums, sur la base d'un cahier des charges mentionnant à minima les critères suivants définis dans les articles 10.1 et 10.2 :

10.1. Critères de sélection liés aux candidats

Il s'agit des garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats. Ces garanties seront notamment appréciées au travers des éléments suivants :

- chiffre d'affaires ;
- effectif sous gestion ;
- marge de solvabilité conformément aux dispositions de la directive européenne Solvency II ;
- agrémentation ACPR.

10.2. Critères de sélection liés aux contrats

Les offres réceptionnées seront appréciées au travers de quatre grands critères :

- 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.

La CPPS est consultée sur la définition de ces critères de sélection à retenir, ainsi que leur hiérarchisation ou 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.

Le ministère de la justice présente à la CPPS un rapport exposant l'analyse des offres définitives des organismes complémentaires candidats et ses choix au regard des critères définis dans le cahier des charges. La commission émet un avis sur ce rapport.

Article 11

Pilotage du régime

11.1. Comptes-rendus de gestion de la protection sociale complémentaire en santé

Le contrat prévoira que l'opérateur s'engage à fournir les tableaux de bord de suivi et pilotage technique. De plus, il prendra en charge le financement des audits de gestion et financiers en cas de difficultés de gestion ou de consolidation des données ou de collecte des cotisations.

L'opérateur s'engagera également à présenter le ratio sinistre sur primes de la couverture socle pour chaque niveau de couverture optionnelle et pour chaque catégorie de bénéficiaires.

L'opérateur présentera le coût de chacun des mécanismes de solidarité, les prévisions d'évolutions du coût des garanties et d'impact des évolutions du cadre juridique et réglementaire, afin de justifier ses recommandations d'évolution des cotisations pour chacune des populations de bénéficiaires.

Dans le cas où un groupement d'opérateurs est retenu, un apériteur est désigné et les opérateurs s'engagent à transmettre les données à l'actuaire conseil des régimes, aux dates et selon le format harmonisé prévus par le protocole technique et financier.

A l'occasion de la présentation des comptes et du budget prévisionnel, l'opérateur présente le coût de la portabilité, ainsi que la durée moyenne de portabilité et les effectifs des portés, et ce pour chaque catégorie de population éligible.

11.2. Traitement des réserves

Une réserve générale sera mise en place conformément aux modalités négociées dans le cadre de la procédure de mise en concurrence pour le régime de protection sociale complémentaire en santé.

Le protocole financier et technique associé à ce régime définira notamment les modalités de la participation aux bénéfices et la rémunération des réserves et des fonds. Il prévoira les modalités de transfert intégral de la réserve, du fonds d'aide aux retraités et du fonds d'accompagnement social en cas de résiliation du contrat ou à son échéance.

Article 12

Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS)

Une commission paritaire de pilotage et de suivi est créée par le ministère de la justice pour veiller à la bonne application du contrat collectif dans le périmètre concerné.

Elle propose :

- 1° Le barème de prise en charge d'une part des cotisations des retraités bénéficiaires des contrats collectifs prévu à l'article 8.1.5 du présent accord ;
- 2° Les prestations d'accompagnement social conformément à l'article 9 du présent accord.

La CPPS participe à :

- 1° La définition et le pilotage des actions de prévention à conduire par l'organisme avec lequel les contrats collectifs sont conclus ;
- 2° L'audit et l'évaluation des contrats collectifs, notamment la qualité de la gestion et du service rendu aux bénéficiaires des contrats ;
- 3° La fixation du montant de la cotisation d'équilibre et l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par l'organisme avec lequel les contrats collectifs sont conclus ;
- 4° L'audit et l'évaluation des évolutions tarifaires et de la mise en œuvre des dispositifs de solidarité :

Concernant les dispositifs de solidarité en direction des bénéficiaires retraités, la CPPS réalise une évaluation annuelle des plafonds de cotisations pour les bénéficiaires retraités (3).

- si le coût total représente plus de 5 % de la cotisation de référence, elle évalue son coût prévisionnel sur les 5 prochaines années et elle informe le comité de suivi interministériel ;
- si le coût total dépasse 10 % de la cotisation de référence, elle propose d'adapter les différents plafonds des cotisations des bénéficiaires retraités et elle informe le comité de suivi interministériel (arrêté du 30 mai 2022) ;

- elle évalue les mécanismes de solidarité à destination des bénéficiaires retraités au terme d'un délai de 3 ans après l'entrée en vigueur du contrat ;
- elle transmet à ce sujet un rapport au comité de suivi interministériel.

La CPPS est consultée sur :

1° L'adaptation des plafonds prévus à l'article 8.1.4 du présent accord lorsque les conditions décrites par le même article sont réunies ;

2° La hiérarchisation et la pondération des critères de sélection des candidats et des offres. Elle émet également un avis sur le rapport exposant l'analyse et le classement des offres définitives des candidats au regard des critères définis dans les documents de la consultation avant l'attribution du marché.

La CPPS peut être consultée sur toute question relevant de sa compétence.

La CPPS est présidée par l'administration et est composée de :

1° Un représentant titulaire et deux représentants suppléants pour chacune des organisations syndicales représentatives mentionnées au 2° de l'article L. 221-3 du code général de la fonction publique ;

2° Représentants de l'employeur public de l'Etat désignés par l'autorité administrative compétente.

Les voix de chacun des représentants mentionnés au 1° sont proportionnelles au nombre de suffrages recueillis par l'organisation syndicale pour la composition du comité social d'administration du ministère de la justice. Le tableau présenté en annexe 5 précise les voix retenues par organisations syndicales ou bloc d'organisations syndicales au CSAM. Les représentants de l'employeur public disposent d'un nombre de voix égal à celui du collège des organisations syndicales.

La commission paritaire de pilotage et de suivi est renouvelée après chaque renouvellement des instances mentionnées au 2° de l'article L. 221-3 du code général de la fonction publique. Le renouvellement de la commission intervient au plus tard au cours du troisième mois suivant celui au cours duquel a eu lieu le scrutin pour le renouvellement de ces instances.

La CPPS adopte un règlement intérieur. Elle est assistée par un actuaire indépendant retenu par l'administration. Le secrétariat de la CPPS est assuré par l'administration.

Elle se réunit au moins trois fois par an.

Les membres de la CPPS bénéficient d'une formation chaque année sur les éventuelles évolutions réglementaires et d'une formation complète d'au moins deux jours lors de l'installation et du renouvellement de la CPPS à l'issue des élections professionnelles.

Article 13

L'exercice du droit syndical des membres de la commission paritaire de pilotage et de suivi

Conformément à l'article 15 du décret n° 82-447 du 28 mai 1982 relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique, toutes facilités doivent être données aux membres de la CPPS pour exercer leurs fonctions.

Une autorisation spéciale d'absence est accordée aux représentants du personnel (titulaires et suppléants).

La durée de cette autorisation comprend :

- la durée prévisible de la réunion ;
- les délais de route ;
- un temps égal à la durée prévisible de la réunion, qui est destiné à la préparation et au compte-rendu des travaux de la commission. Ce temps ne peut pas être inférieur à une journée.

Les membres titulaires et suppléants ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ces instances.

Les membres titulaires et suppléants sont indemnisés pour les frais de déplacement et de séjour, dans les conditions fixées par la réglementation applicable aux frais de déplacement des personnels civils de l'Etat.

Article 14

Information et adhésion des actifs, des ayants droit et des retraités

Dès la publication du présent accord, l'administration communiquera, par tous moyens, auprès des actifs et des retraités sur les régimes collectifs.

L'opérateur devra fournir à l'administration une notice complète définissant les garanties, leur modalité d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, tel que décrit à l'article L. 932-2 du code de la sécurité sociale, ainsi que tout autre document contractuel relatif au régime ainsi défini par le présent accord.

Conformément à ce même article, il appartient également à l'administration de remettre cette notice à chaque adhérent principal, et ce au moment de l'adhésion. L'administration est tenue de conserver la preuve de remise de ce document.

Pendant la vie du contrat, toute modification contractuelle impactant l'adhérent doit obligatoirement être traduite dans la notice, qui à chaque modification, doit être à nouveau remise par l'administration, qui doit toujours conserver la preuve de remise.

TITRE III

DISPOSITIONS FINALES

Article 15*Marchés publics*

Le ministère de la justice mettra en œuvre une procédure de mise en concurrence en application du code de la commande publique dans le cadre d'un marché alloti (2 lots séparés pour la santé et la prévoyance) et pour une durée de quatre ans, renouvelable dans la limite de six ans. Ce marché fixera une même date d'entrée en vigueur des protections complémentaires en santé et en prévoyance.

Article 16*Comité de suivi de l'accord ministériel*

Le suivi de la bonne application du présent accord sera réalisé dans le cadre d'un comité dédié. Ce comité est consulté sur les demandes d'évolution de l'accord ministériel, notamment sur les taux des cotisations additionnelles du dispositif de solidarité. Un bilan de la mise en place sera établi.

Ce comité se réunira au moins deux fois par an et en tant que de besoin :

- afin d'examiner le bilan du présent accord, sur la base des données fournies par l'organisme complémentaire ;
- afin de prendre en compte l'impact sur les garanties des évolutions législatives et réglementaires et de proposer, s'il y a lieu, des évolutions dans le pilotage des régimes ;
- afin de proposer, si les résultats des régimes le permettent, une amélioration des garanties respectant l'économie générale du marché.

Article 17*Entrée en vigueur et révision*

Le présent accord entre en vigueur le lendemain de sa publication et est conclu pour une durée indéterminée.

Au plus tard dix-huit mois avant l'expiration du marché, le ministère de la justice et les organisations syndicales représentatives s'entendent, le cas échéant, pour ouvrir une négociation en vue de réviser le présent accord.

Article 18*Suspension et dénonciation*

Le présent accord pourra être suspendu ou dénoncé selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date de suspension, révision ou de dénonciation et en respectant, pour ce qui concerne la suspension et la dénonciation un préavis de six mois.

Article 19*Publication*

Le présent accord sera publié au *Journal officiel* de la République française et mis en ligne sur l'intranet du ministère de la justice.

Fait en 7 exemplaires, à Paris, le 25 juin 2024.

*Le garde des sceaux,
ministre de la justice,
ÉRIC DUPOND-MORETTI*

Pour les organisations syndicales :

UNSa Justice,

J.-F. FORGET

USM,

C. MAMELIN

Union des syndicats FORCE OUVRIÈRE

du ministère de la justice,

E. BAUDIN

CGT,

C. PAPON

SM,

N. BERTRAND

CFDT Interco,

I. CLEMENT

(1) A titre informatif, le plafond mensuel de la sécurité sociale est, pour l'année 2024, fixé à 3 864 €. Il évolue annuellement selon l'évolution générale des salaires.

(2) 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) A la date du présent accord, les taux sont donnés à titre indicatif, ils sont fixés par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat.

ANNEXES

ANNEXE 1

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS, AUTORITÉS INDÉPENDANTES,
INSTITUTIONS, RATTACHÉS AU PRÉSENT ACCORD

Structures	OPÉRATEURS
EP	Ecole nationale de la magistrature
EP	Ecole nationale de l'administration pénitentiaire
EP	Agence publique pour l'immobilier de la justice
AI	Conseil constitutionnel
AI	Grande chancellerie de la Légion d'honneur
EP	Etablissement public d'exploitation du livre foncier informatisé

ANNEXE 2

TABLEAU DES PRESTATIONS DE LA COUVERTURE COLLECTIVE

Sauf mention contraire, les garanties sont exprimées y compris le remboursement de la sécurité sociale. Sauf mention contraire, la mention « BR » renvoie à la base de remboursement de la sécurité sociale. La mention « FR » quant à elle renvoie aux frais réels engagés.

Hospitalisation	Panier de soins Accord interministériel
Hospitalisation	
Honoraires	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels
Forfait hospitalier et frais de séjour	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	100 % Frais réels
Frais de séjour	100 %
Chambre Particulière	
Court séjour et maternité	50 €/nuit
Soins de suite	40 €/nuit
Psychiatrie	45 €/nuit
Ambulatoire	25 €/jour
Frais d'accompagnant	
Etablissement conventionné	38,50 €/nuit
Etablissement non conventionné	25 €/nuit
Soins courants	
Panier de soins Accord interministériel	
Soins courants	
Honoraires médicaux	
<i>Consultations/Visites de médecins généralistes</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
<i>Consultations/Visites de médecins spécialistes</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR
<i>Actes techniques médicaux</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR
<i>Actes d'imagerie médicale</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR

Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR
----------------------------	----------

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
------------------------------------	----------

Médicaments

Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 % BR
---	----------

Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 % BR
---	----------

Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100 % BR
--	----------

Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 €/an
---	---------

Matériel médical

Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200 % BR
---	----------

Frais de transport en véhicule sanitaire

Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 % BR
--	----------

Dentaire

Panier de soins Accord interministériel

Dentaire

Soins et prothèses 100 % Santé (2)	100 % Frais Réels
------------------------------------	-------------------

Soins (hors 100 % Santé)	
--------------------------	--

Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100 % BR
--	----------

Prothèses (hors 100 % Santé)	
------------------------------	--

Panier Maîtrisé

Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375 % BR
--	----------

Prothèses amovibles	375 % BR
---------------------	----------

Prothèses provisoires	375 % BR
-----------------------	----------

Inlay Core	375 % BR
------------	----------

Inlays onlays d'obturation	150 % BR
----------------------------	----------

Panier Libre

Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR
--	--

Prothèses amovibles	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR
---------------------	--

Prothèses provisoires	300 % BR
-----------------------	----------

Inlay Core	200 % BR
------------	----------

Inlays onlays d'obturation	125 % BR
----------------------------	----------

Implantologie

Implants	500 €/implant (limite 2 implants/an)
----------	--------------------------------------

Couronne sur implant (*)	200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)
--------------------------	---

Orthodontie

Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250 %
--	-------

Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 €/semestre
--	----------------

Aides auditives

Panier de soins Accord interministériel

Aides auditives	
<i>Equipements 100 % Santé</i>	100 % Frais Réels
Equipements à tarif libre	
<i>Bénéficiaire de 20 ans et moins</i>	1 400 €/oreille
<i>Bénéficiaire de plus de 20 ans</i>	800 €/oreille
<i>Accessoires pris en charge par le RO</i>	100 % BR
Optique	
	Panier de soins Accord interministériel
Optique	
<i>Equipements 100 % Santé</i>	100 % Frais Réels
Equipements à tarif libre	
Monture	50 €
Verres	Cf. grille optique
Autres prestations optique	
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par oeil)	400 €/oeil
Grille optique	
Type de verre (remboursement par verre)	
Verre unifocal, sphérique	
Sphère de - 6 à + 6	60 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de - 4 à + 4	150 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €
Autres postes	
	Panier de soins Accord interministériel
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 %

Médecines additionnelles et de prévention*Médecine douce*

Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue 2 séances/an (limite 40 €/séance)

Contraception, tests de grossesse 80 €/an

Psychologue

Psychologue 4 séances/an (limite 30 €/séance)

Actes refusés par la sécurité Sociale

Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique 80 €/an

Forfait maternité

Prévention

Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif 183 €/acte

Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale 100 %

Options facultatives**Hospitalisation****Option 1****Option 2****Option 3****Hospitalisation****Honoraires**

Praticien OPTAM/OPTAM-CO 200 % BR 250 % BR 380 % BR

Praticien non OPTAM/OPTAM-CO 180 % BR 200 % BR 200 % BR

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier 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 de séjour Frais Réels Frais Réels Frais Réels

Chambre Particulière

Court séjour et maternité 50 €/nuit 65 €/nuit 95 €/nuit

Soins de suite 40 €/nuit 65 €/nuit 95 €/nuit

Psychiatrie 45 €/nuit 65 €/nuit 95 €/nuit

Ambulatoire 25 €/jour 45 €/jour 65 €/jour

Frais d'accompagnant

Etablissement conventionné 38,50 €/nuit 38,50 €/nuit 38,50 €/nuit

Etablissement non conventionné 25 €/nuit 25 €/nuit 25 €/nuit

Soins courants**Option 1****Option 2****Option 3****Soins courants****Honoraires médicaux***Consultations/Visites de médecins généralistes*

Praticien OPTAM/OPTAM-CO 130 % BR 200 % BR 370 % BR

Praticien non OPTAM/OPTAM-CO 110 % BR 180 % BR 200 % BR

Consultations/Visites de médecins spécialistes

Praticien OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR	250 % BR	370 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR	250 % BR	370 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR	250 % BR	320 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR	200 % BR	310 % BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR	200 % BR	310 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Médicaments			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 €/an	100€/an	150 €/an
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200 % BR	260 % BR	300 % BR
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dentaire	Option 1	Option 2	Option 3
Dentaire			
<i>Soins et prothèses 100 % Santé (2)</i>	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<i>Soins (hors 100 % Santé)</i>			
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	120 % BR	150 % BR	270 % BR
<i>Prothèses (hors 100 % Santé)</i>			
<u>Panier Maîtrisé</u>			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	415 % BR	450 % BR	500 % BR
Prothèses amovibles	415 % BR	450 % BR	500 % BR
Prothèses provisoires	415 % BR	450 % BR	500 % BR
Inlay Core	415 % BR	450 % BR	500 % BR
Inlays onlays d'obturation	150 % BR	200 % BR	420 % BR
<u>Panier Libre</u>			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	300 % BR	400 % BR	420 % BR
Prothèses amovibles	300 % BR	400 % BR	420 % BR
Prothèses provisoires	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Inlay Core	200 % BR	250 % BR	420 % BR

Inlays onlays d'obturation	125 % BR	200 % BR	420 % BR
Implantologie			
Implants	500 €/implant (limite 2 implants/an)	600 €/implant (limite 2 implants/an)	700 €/implant (limite 2 implants/an)
Couronne sur implant (*)	200 €/couronne (limite 2 cou- ronnes/2 ans)	375 €/couronne (limite 2 cou- ronnes/2 ans)	450 €/couronne (limite 2 cou- ronnes/2 ans)
Orthodontie			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	300 %	400 % BR	500 % BR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 €/semestre	500 €/semestre	600 €/semestre
Aides auditives	Option 1	Option 2	Option 3
Aides auditives			
<i>Equipements 100 % Santé</i>	Frais Réels	Frais réels	Frais réels
<i>Equipements à tarif libre</i>			
<i>Bénéficiaire de 20 ans et moins</i>	1 400 €/ oreille	1 400 €/ oreille	1 700 €/oreille
<i>Bénéficiaire de plus de 20 ans</i>	1 000 €/oreille	1 200 €/oreille	1 700 €/oreille
<i>Accessoires pris en charge par le RO</i>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Optique	Option 1	Option 2	Option 3
Optique			
<i>Equipements 100 % Santé</i>	100 % Frais Réels	Frais réels	Frais réels
<i>Equipements à tarif libre</i>			
Monture	50 €	80 €	100 €
Verres	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optique			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 €/an	120 €/an	150 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par oeil)	400 €/oeil	600 €/oeil	650 €/oeil
Grille optique			
Type de verre (remboursement par verre)			
Verre unifocal, sphérique			
Sphère de - 6 à + 6	80 €	120 €	160 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	140 €	170 €	300 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	80 €	120 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	80 €	120 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	140 €	170 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	140 €	170 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	140 €	170 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère de - 4 à + 4	175 €	200 €	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4	250 €	300 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			

Cylindre $\leq + 4$, sphère de $- 8$ à 0	175 €	200 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq + 8$	175 €	200 €	300 €
Cylindre $> + 4$, sphère de $- 8$ à 0	250 €	300 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $> + 8$	250 €	300 €	350 €
Cylindre $\geq + 0,25$, sphère $< - 8$	250 €	300 €	350 €
Autres postes	Option 1	Option 2	Option 3
Autres postes			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale			
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 15 % PMSS
Médecines additionnelles et de prévention			
<i>Médecine douce</i>			
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	3 séances/an (limite 40 €/séance)	6 séances/an (limite 40 €/séance)	8 séances/an (limite 40 €/séance)
Contraception, tests de grossesse	80 €/an	80 €/an	80 €/an
<i>Psychologue</i>			
Psychologue	4 séances/an (limite 30 €/séance)	6 séances/an (limite 30 €/séance)	8 séances/an (limite 30 €/séance)
<i>Actes refusés par la sécurité Sociale</i>			
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 €/an	100 €/an	120 €/an
Forfait maternité	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS
<i>Prévention</i>			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 €/acte	183 €/acte	183 €/acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %

ANNEXE 3

AFFILIATION DES AGENTS DES DROM-COM ET TERRITOIRES ULTRA-MARINS

<i>Territoire</i>	DROM (4) hors Mayotte + Saint- Barthélemy + Saint-Martin	Mayotte	Wallis-et-Futuna	Nouvelle-Calédonie	Polynésie	Saint-Pierre-et- Miquelon
<i>Affiliation à la caisse primaire d'assu- rance maladie</i>	Oui	Non	Non (soins gratuits)	Oui si présence sur le territoire < 6 mois	Oui	Non (régime local)
<i>Caisse locale</i>	Non	Oui	Non	Non si présence sur le territoire > 6 mois	Oui	Oui
<i>Bénéficiaire du régime PSC FPE</i>	Oui	Non	Non	Oui si affilié caisse primaire d'assu- rance maladie	Oui	Non

(4) DROM : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.

Attention : les fonctionnaires d'Etat des COM en séjour inopiné en métropole sont couverts par la sécurité sociale métropolitaine.

Les agents détachés en Polynésie, même affiliés à la caisse locale, restent rattachés à la CPAM du Val-de-Marne qui est compétente dans ce cas.

ANNEXE 4

TABLEAU DES PRESTATIONS DE LA COUVERTURE DES AGENTS AFFECTÉS À L'ÉTRANGER

Sauf mention contraire, les garanties sont exprimées y compris le remboursement de la sécurité sociale. Sauf mention contraire, la mention « BR » renvoie à la base de remboursement de la sécurité sociale, et la mention « BRR » à la base de remboursement reconstituée. La mention « FR » quant à elle renvoie aux frais réels engagés.

Les garanties pour les soins réalisés en France sont celles du panier interministériel.

Hospitalisation	Soins réalisés en France	Soins réalisés à l'étranger
Hospitalisation		
Honoraires		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels	-
Forfait hospitalier et frais de séjour		
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	100 % Frais réels	-
Frais de séjour	100 %	90 % FR
Chambre Particulière		
Court séjour et maternité	50 €/nuit	68 €/nuit
Soins de suite	40 €/nuit	68 €/nuit
Psychiatrie	45 €/nuit	68 €/nuit
Ambulatoire	25 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnant		
Etablissement conventionné	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit
Etablissement non conventionné	25 €/nuit	38,50 €/nuit
Soins courants		
Soins courants		
Honoraires médicaux		
<i>Consultations/Visites de médecins généralistes</i>		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
<i>Consultations/Visites de médecins spécialistes</i>		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
<i>Actes techniques médicaux</i>		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
<i>Actes d'imagerie médicale</i>		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Honoraires paramédicaux		

Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes

100 % BR

90 % FR

Masseurs-kinésithérapeutes

130 % BR

90 % FR

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de laboratoire

100 % BR

100 % BR

Médicaments

Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %

100 % BR

90 % FR

Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %

100 % BR

90 % FR

Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %

100 % BR

90 % FR

Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)

70 €/an

100 €/an

Matériel médical

Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)

200 % BR

150 % BRR

Frais de transport en véhicule sanitaire

Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)

100 % BR

90 % FR

DentaireSoins réalisés
en FranceSoins réalisés
à l'étranger**Dentaire**

Soins et prothèses 100 % Santé (2)

100 % Frais Réels

100 % Frais Réels

Soins (hors 100 % Santé)

Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)

100 % BR

90 % FR

Prothèses (hors 100 % Santé)

Panier Maitrisé

Prothèses fixes (couronnes et bridges)

375 % BR

320 % BRR

Prothèses amovibles

375 % BR

320 % BRR

Prothèses provisoires

375 % BR

320 % BRR

Inlay Core

375 % BR

320 % BRR

Inlays onlays d'obturation

150 % BR

140 % BRR

Panier Libre

Prothèses fixes (couronnes et bridges)

Dent visible : 300 % BR
Dent non visible : 250 % BRDent visible : 320 % BRR
Dent non visible : 320 % BRR

Prothèses amovibles

Dent visible : 300 %
Dent non visible : 250 % BRDent visible : 320 % BRR
Dent non visible : 320 % BRR

Prothèses provisoires

300 % BR

320 % BRR

Inlay Core

200 % BR

140 % BRR

Inlays-onlays d'obturation

125 % BR

125 % BRR

Implantologie

Implants

500 €/implant
(limite 2 implants/an)500 €/implant
(limite 2 implants/an)

Couronne sur implant (*)

200 €/couronne
(limite 2 couronnes/2 ans)200 €/couronne
(limite 2 couronnes/2 ans)**Orthodontie**

Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)

250 % BR

225 % BRR

Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)

400 €/semestre

225 % BRR

Aides auditives	Soins réalisés en France	Soins réalisés à l'étranger
Aides auditives		
<i>Équipements 100 % Santé</i>	100 % Frais Réels	-
<i>Équipements à tarif libre</i>		
<i>Bénéficiaire de 20 ans et moins</i>	1 400 €/ oreille	1 200 €/ oreille
<i>Bénéficiaire de plus de 20 ans</i>	1 000 €/oreille	1 200 €/ oreille
<i>Accessoires pris en charge par le RO</i>	100 % BR	100 % BRR
Optique	Soins réalisés en France	Soins réalisés à l'étranger
Optique		
<i>Équipements 100 % Santé</i>	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
<i>Équipements à tarif libre</i>		
Monture	50 €	100 €
Verres	Cf. grille optique	Cf. grille optique
<i>Autres prestations optique</i>		
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 €/an	130 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par oeil)	400 €/oeil	400 €/oeil
Grille optique		
Type de verre (remboursement par verre)		
<i>Verre unifocal, sphérique</i>		
Sphère de - 6 à + 6	60 €	125 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €	300 €
<i>Verre unifocal, sphéro-cylindrique</i>		
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €	300 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphérique</i>		
Sphère de - 4 à + 4	150 €	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €	350 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</i>		
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €	350 €
Autres postes	Soins réalisés en France	Soins réalisés à l'étranger
Autres postes		

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale

Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 % BR	100 % BRR
---	----------	-----------

Médecines additionnelles et de prévention*Médecine douce*

Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances/an (limite 40 €/séance)	2 séances/an (limite 40 €/séance)
Contraception, tests de grossesse	80 €/an	80 €/an

Psychologue

Psychologue	4 séances/an (limite 30 €/séance)	4 séances/an (limite 30 €/séance)
-------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Actes refusés par la sécurité Sociale

Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 €/an	80 €/an
---	---------	---------

Forfait maternité

Prévention

Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 €/acte	183 €/acte
Rapatriement sanitaire (EVASAN)	-	100 % FR
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %	100 % BRR

ANNEXE 5

TABLEAU DE RÉPARTITION DES VOIX PROPORTIONNELLEMENT AUX SUFFRAGES
RECUEILLIS POUR LA COMPOSITION DU CSAM – SCRUTIN 2022

OS	Suffrages exprimés au CSAM	Répartition au sein de la CPPS
UNSa/USM	16 550	40,37 %
FO	12 973	31,65 %
CGT/SM	7 874	19,21 %
CFDT	3 594	8,77 %
Total des voix	40 991	