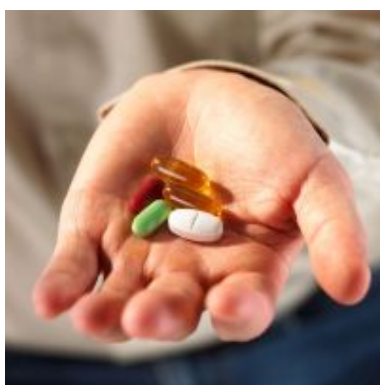


<https://www.observatoire-collectivites.org/spip.php?article756>

La maladie ordinaire et la protection sociale des fonctionnaires territoriaux

- Juridiscopes - Huitième journée d'étude de l'observatoire - Première partie : la protection sociale des acteurs de la vie territoriale -



Date de mise en ligne : mercredi 22 juillet 2009

Copyright © Observatoire Smacl des risques de la vie territoriale - Tous

droits réservés

Intervenants :

– Ludovic de Mornac, directeur général délégué de Smacl Santé

– Paul Le Maout, responsable du service Risques statutaires, Smacl Assurances Débats animés par Bruno Leprat

[\[1\]](#)

1) La maladie ordinaire

Il existe différents régimes de congés. Quels sont ses droits pendant ces congés (L. n° 84-53, 26 janv. 1984, art. 57) ? Lors du congé de maladie ordinaire, l'agent est payé intégralement pendant 3 mois puis est en demi-traitement pendant 9 mois, pour une durée totale de 12 mois consécutifs. Lors du congé de longue maladie, il conserve l'intégralité de son traitement pendant un an puis celui-ci est réduit de moitié pendant 2 ans.

Dans le congé de longue durée, le fonctionnaire conserve son traitement pendant 3 ans puis est en demi-traitement pendant deux ans. Tout cela est évolutif. Les congés de longue maladie et de longue durée répondent à certaines conditions : il faut être dans une situation où la maladie est très longue, difficile à guérir et nécessite des traitements prolongés. Lorsque le fonctionnaire a épuisé ses droits à congés mais qu'il n'est pas encore consolidé, le Statut prévoit qu'il est mis en position de disponibilité d'office. La carrière de l'agent s'arrête alors et il n'a plus droit à son traitement. Quand l'agent est consolidé, il faut alors regarder s'il est apte à la reprise et si oui, dans quelles conditions.

L'agent peut être apte aux fonctions de son grade (il peut reprendre son ancien poste, exercer des fonctions similaires ou travailler sur un poste adapté par exemple), ou à l'inverse il peut être prévu un processus de changement de grade dans le cadre d'un reclassement. Le juge est très attentif au respect du droit au reclassement mais les collectivités ne sont pas très à l'aise dans la mise en œuvre de celui-ci car, notamment, elles n'ont pas les postes nécessaires, adaptables dans leur périmètre. De plus, le Statut, dans son article 23, prévoit une intervention des Centres de gestion sans pour autant en définir le contenu.

2) La protection sociale

La Direction générale des collectivités territoriales et la Direction de la sécurité sociale pilotent aujourd'hui le projet de décret sur la protection sociale complémentaire des agents territoriaux qui permettrait notamment la participation pécuniaire de l'employeur à l'acquisition de produits (complémentaire santé et complémentaire prévoyance afin de parer au risque statutaire comme le maintien du traitement).

Le dispositif envisagé – ce sont des pistes de travail – est double : l'employeur aura le choix de mettre en concurrence les opérateurs du marché ou de s'orienter vers des produits labellisés. La mise en concurrence – sur

des contrats de 7 ans – ne sera pas tout à fait soumise au Code des marchés publics, ce qui sera une spécificité pour la FPT. Néanmoins certains critères, de transparence, se devront naturellement d'être respectés. L'employeur ne pourra choisir qu'un seul organisme d'assurance, à l'inverse de ce qui est prévu pour les ministères. Quant à la labellisation, tout organisme d'assurance pourra proposer la labellisation de son produit auprès d'un organisme national, qui reste encore à définir.

Il existe également d'autres lignes qui se dessinent pour ce décret, mais ces points sont encore en discussion. Ainsi, concernant la santé, le produit devra respecter certains critères, comme par exemple :

- la cotisation proposée par l'organisme d'assurance dans la grille de tarification pour le plus âgé ne devrait pas être supérieure à trois fois la cotisation pour la personne la moins âgée (ratio de un à trois) ;
 - il devra être un produit responsable (respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire de 1 euro, des minimas en termes de garanties, etc.) ;
 - aucun questionnaire médical ne pourra être demandé ;
 - et il y aura éventuellement une majoration de cotisation de 2 % pour l'adhésion tardive au contrat (point en discussion avec la DGCL).
- Pour le maintien du traitement (peut-être de 75 %), il existe peu de critères mais les partenaires semblent s'accorder sur un minima d'incapacité, avec la possibilité d'être exonéré, selon les âges, de questionnaire médical.

[1] Photo : © Ba Tu