



Association Nationale des Directeurs
et Directeurs-Adjointes des Centres De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

L'assurance DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

EN PARTENARIAT AVEC :

MS  **Amlin**

 **sham**
PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

 **SMACL**
ASSURANCES
GROUPE **vyv**

L'assurance DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Ce guide a été réalisé dans le cadre d'un groupe de travail de l'ANDCDG composé de Xavier LALONDE, CDG 02 (Aisne), Isabelle BUBEC, CDG 24 (Dordogne), Pascale PORTE, CDG 24 (Dordogne), Cécile BUZEAU-IBANEZ, CDG 48 (Lozère), Claude SORET-VIROLLE, CIG Grande Couronne, Laetitia ALLUT, CIG Grande Couronne et Julien REVILLON, CIG Grande Couronne.

/ EDITION 2019

EN PARTENARIAT AVEC :

MS  **Amlin**

 **sham**
PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

 **SMACL**
ASSURANCES
GROUPE **vyv**

L'assurance
DES COLLECTIVITÉS
TERRITORIALES

Avant-PROPOS

Ce livret sur les assurances vient compléter la ligne éditoriale des publications de l'ANDCDG. Il nous a semblé que ce sujet, quoique très technique, est au coeur des enjeux stratégiques des collectivités locales. Les centres de gestion ne pouvaient donc pas faire l'économie d'un balayage complet sur ce sujet pour accompagner au mieux les collectivités de leur territoire dans l'optimisation de leurs fonctions support. Non seulement parce qu'ils sont des organismes mutualisateurs, et à ce titre souscripteurs de par la loi de contrats collectifs pour les collectivités locales en matière d'assurance statutaire et de protection sociale complémentaire, mais également parce que plus généralement, la gestion de risques est désormais au coeur des stratégies publiques. La société évolue, le numérique envahit tous les process de traitement administratif, le principe de précaution s'étend à tout type d'activité. Les décideurs publics sont désormais tenus à une vigilance accrue pour garantir tout risque émergent, qu'il s'agisse de gestion des ressources humaines, de gestion des biens, de gestion des données,... Nous formons le vœu que cet ouvrage, issu d'un travail collaboratif inter-centres de gestion, vous permette de faire, à partir de sept fiches de synthèse, un état des lieux pertinent.

Jean-Laurent Nguyen Khac
Président de l'ANDCDG

Sommaire

Introduction...../ P. 8

Fiche n° 1 / Halte aux idées reçues..... / P. 11

Fiche n° 2 / Qui sont les assureurs ?..... / P. 15

1. Les acteurs de l'assurance..... / P. 16
2. Le rôle du courtier..... / P. 17
3. Les évolutions des acteurs sur le marché..... / P. 19

**Fiche n° 3 / Le récit de Cataville
ou comment appréhender le risque**..... / P. 25

Fiche n° 4 / Les différentes polices d'assurance..... / P. 31

1. Le dommage aux biens..... / P. 32
2. La responsabilité civile..... / P. 33
3. La protection juridique..... / P. 34
4. La protection fonctionnelle..... / P. 35
5. L'assurance dommages ouvrage..... / P. 36
6. Le cyber risque..... / P. 37
7. L'assurance automobile..... / P. 39
8. Les autres polices..... / P. 40

Fiche n° 4 bis / Police d'assurance statutaire..... / P. 43

1. La protection sociale des agents affiliés à la CNRACL..... / P. 44
2. La protection sociale des agents relevant du régime général et affiliés à l'IRCANTEC..... / P. 52
3. L'utilité de l'assurance liée aux obligations statutaires..... / P. 62

Fiche n° 5 / Le modèle économique..... / P. 69

1. Le rapport sinistre / prime..... / P. 70
2. Les provisions..... / P. 72
3. Le principe indemnitaire..... / P. 74
4. Franchise et auto-assurance..... / P. 75
5. L'assistance des CDG, structures mutualisatrices..... / P. 78

Fiche n° 6 / Comment souscrit-on ?..... / P. 81

1. Les procédures d'achat..... / P. 82
2. Les difficultés d'articulation avec le code des assurances... / P. 88

Fiche n° 7 / Suivi d'exécution et terme du contrat..... / P. 93

Introduction

S'aventurer dans le domaine des assurances est un défi. C'est une matière très technique que les spécialistes assurantiels maîtrisent parfaitement. Il est néanmoins apparu au groupe de travail issu de la commission « action sociale, protection sociale, assurances » de l'ANDCDG, la nécessité de faire partager quelques notions fondamentales compte tenu des missions exercées par les centres de gestion. Non seulement l'article 26 de la loi du 26 janvier 1984 leur confère la possibilité de souscrire des contrats groupe d'assurance statutaire pour garantir financièrement les collectivités qui leur donnent mandat contre les risques liés à l'absentéisme (maladie ordinaire, longue maladie / longue durée, accident de service, maternité,...), mais leur vocation à mutualiser des expertises ont conduit certains d'entre eux à mettre des compétences à disposition des collectivités dans la souscription de marchés d'assurance en risques divers, voire à des optimisations financières via des groupements de commandes.

C'était en somme répondre de façon mutualisée aux besoins exprimés par les collectivités de plus en plus conduites à prévenir les risques de quelque nature qu'ils soient. Une des préoccupations les plus emblématiques du moment est le cyber risque qui menace tant la continuité de service aux usagers, que le respect de la protection des données personnelles, ou l'intégrité de l'image tant institutionnelle de la collectivité que personnelle des élus. Face à une société numérique de plus en plus exposée et des comportements contents de plus en plus fréquents, la question de la couverture assurantielle devient un élément clé des modes de gestion.

Les centres de gestion, pilotant d'importantes consultations et souscripteurs de contrats complexes, se doivent d'assurer une veille sur ces domaines techniques, pour suivre l'évolution du marché des opérateurs, pénétrer les arcanes des contrats d'assurance et œuvrer dans l'intérêt des collectivités pour sécuriser les contrats, en garantir une certaine pérennité et en optimiser les coûts.

L'objectif de ce fascicule sous forme de fiches techniques est donc de faire un tour d'horizon des polices d'assurance, du modèle économique des contrats, des modalités de souscription, du rôle des centres de gestion, en passant par la connaissance des acteurs d'un marché très « mobile ». Il vient compléter les livrets déjà parus sur le cyber risque et la protection sociale complémentaire. Une façon d'apporter une vision stratégique dans un domaine complexe et d'« armer » les décideurs dans les négociations à conduire avec les opérateurs.

FICHE N° 1 /
Halte aux idées reçues

Fiche n° 1

HALTE AUX IDÉES REÇUES

Quelques idées reçues sur le monde des assurances :

« L'assurance est un placement financier qui rapporte de l'argent... »

Les produits d'assurance ne sont pas des produits de placements financiers qui doivent rapporter de l'argent à l'assuré. Les cas où la prime est inférieure au remboursement doivent être exceptionnels. Cette situation n'est envisagée que lorsque l'assureur a commis une erreur lors de l'évaluation du risque ou lors d'un sinistre particulièrement important. Dans ces situations, l'assureur peut utiliser sa faculté de résiliation après sinistre (article R113-10 du Code des Assurances) ou à l'échéance principale du contrat (article L113-12 du Code des Assurances) afin de proposer de nouvelles conditions (modification de franchise ou de garanties) ou une augmentation de prime.

L'objectif d'un contrat d'assurance n'est pas de gagner de l'argent mais de faire face à une situation financièrement insurmontable. Le but est de demander à autrui (l'assureur) de supporter financièrement la part du risque que l'assuré ne peut pas assumer.

« Il faut assurer l'ensemble des risques... »

Bien souvent, lorsqu'une personne cherche à s'assurer, elle souhaite transférer l'ensemble des risques à l'assureur. Or, l'assurance n'a pas vocation à rembourser l'ensemble des préjudices subis par les assurés.

L'assurance ne doit couvrir que les risques soumis à un aléa. Assurer un risque certain ne peut être considéré comme de l'assurance ; cela peut s'assimiler à une facilité de trésorerie. En effet, l'opérateur, sachant que le sinistre aura lieu, va inclure par avance le montant du remboursement et de la gestion dans la prime.

« Les assureurs gonflent les primes... »

La prime appelée par l'assureur peut parfois paraître importante à l'assuré. Un grand nombre de paramètres sont à prendre en compte dans l'analyse de la prime, notamment :

- Les statistiques de la collectivité : l'assureur va étudier les sinistres des années passées pour tarifier le futur contrat. Une année statistiquement dégradée aura un impact de plusieurs années sur le contrat suivant.
- Les franchises : elles ont une influence directe sur la cotisation puisqu'elles déterminent le niveau d'intervention de l'assureur. Une franchise élevée aura pour incidence une intervention plus rare de l'assureur et un montant d'indemnisation plus faible.
- La fiscalité sur les contrats d'assurance : les contrats d'assurance ne sont pas soumis à la TVA mais à des taxes spécifiques. Celles-ci varient en fonction du type de risque couvert.
- Les frais de gestion de l'assureur et du gestionnaire.
- Les provisions : elles sont obligatoires. Les provisions sont la somme d'argent immobilisée par l'assureur au moment de la déclaration du sinistre et visant à financer son indemnisation pour l'avenir.

« L'absence de franchise est synonyme de qualité... »

L'absence de franchise ne doit pas être systématisée. La franchise doit au contraire permettre de mieux maîtriser le coût de l'assurance. Pour la déterminer, il faut trouver l'équilibre entre l'aléa du risque et la capacité financière de la collectivité à faire face à un sinistre.

« La prévention n'a pas d'impact sur la cotisation... »

La prévention mise en place dans les collectivités est depuis quelques années un élément étudié par les assureurs lors des mises en concurrence. L'intérêt des mesures de prévention est la diminution de la fréquence et de la gravité des sinistres. Conjuguées à l'instauration de franchises, les mesures de prévention peuvent se révéler des outils efficaces dans la maîtrise du financement des risques.

Toutefois, les conséquences ne sont pas immédiatement visibles. En effet, la mise en place des mesures peut se révéler longue, sans oublier que l'impact sur les statistiques ne portera ses fruits que sur les contrats suivants.

FICHE N° 2 /
Qui sont les assureurs ?

Fiche n° 2

QUI SONT LES ASSUREURS ?

L'assurance est, par définition, un système qui permet de prémunir un individu, une association, une entreprise ou une collectivité contre les conséquences financières et économiques liées à la survenance d'un risque (événement aléatoire) particulier.

Le moyen mis en œuvre par les organismes d'assurance pour les prémunir contre ce risque est de les associer à une communauté de personnes (les assurés), qui cotise pour être en mesure d'indemniser ceux parmi ses membres qui subiraient des dommages matériels ou corporels en cas de réalisation du risque. Ainsi, dans la mesure où l'ensemble de la communauté des assurés prend matériellement en charge les dommages subis par ses membres frappés par la réalisation du risque, l'assurance est un système de gestion des risques basé sur la notion de solidarité.

En France, cette solidarité est assurée par trois types d'organismes d'assurances, régies par trois codes de droit distincts.

1. *Les acteurs de l'assurance*

- Les entreprises d'assurances qui relèvent du Code des assurances,
- Les mutuelles (groupements) régies par le Code de la mutualité,
- Les institutions de prévoyance dont les activités sont réglementées par le Code de la Sécurité sociale.

Le monde de l'assurance ne se limite pas aux seuls assureurs, mais engage de nombreux autres acteurs.

Le champ de l'assurance recouvre notamment l'ensemble des métiers qui s'exercent dans les entreprises dont les activités sont régies par le Code des assurances, à savoir :

- Les métiers exercés au sein des sociétés anonymes (SA),

- Les métiers exercés au sein des sociétés d'assurances mutuelles (SAM),
- Les métiers exercés au sein des sociétés mutuelles d'assurances (SMA),
- Les métiers d'intermédiaires tels que les agents généraux d'assurances et courtiers,
- Les métiers des auxiliaires d'assurances représentés par les experts d'assurances.

2. *Le rôle du courtier*

Le courtier d'assurance est un intermédiaire qui met en contact un client qui souhaite s'assurer et une compagnie d'assurances, afin que les deux parties concluent un contrat. Il fait partie de la catégorie juridique des Intermédiaires en Assurances (IAS) qui relèvent de la profession des intermédiaires financiers. L'activité de courtier est réglementée par le Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie.

Comme les autres intermédiaires financiers, le courtier doit obligatoirement être enregistré auprès du Registre unique des Intermédiaires, géré par l'ORIAS. Ce dernier est le garant de son statut d'intermédiaire en assurances.

Enfin, depuis janvier 2006, le métier de courtier est représenté par la Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurance (CSCA). Son activité est réglementée par le Code des Assurances.

Afin de pratiquer son activité, le courtier doit répondre à des conditions d'honorabilité, et de capacité professionnelle.

Le courtier ne vend pas directement de contrats d'assurance à ses clients. Il les aide à en acheter. En cela, son rôle de conseil est essentiel. Il doit avoir une connaissance approfondie du marché de l'assurance, et se tenir informé de ses évolutions. Mandaté par ses clients, il négocie auprès des compagnies d'assurance les meilleurs contrats possibles.

Le courtier est un commerçant inscrit au registre du commerce et des sociétés, exerçant son activité en dehors de tout lien d'exclusivité avec une ou plusieurs compagnies d'assurance. A la différence d'un agent général qui est soumis aux objectifs commerciaux d'une compagnie d'assurance et en est le représentant, le courtier est le représentant de ses clients. Il agit avec davantage d'indépendance, ce qui lui permet de leur fournir des conseils plus objectifs.

Il peut être un travailleur indépendant ou un salarié d'une société.

Le courtier a pour mission de proposer à son client la meilleure solution d'assurance aux conditions les plus intéressantes disponibles sur le marché. En tant qu'expert, il agit à trois niveaux :

- **Conseil** : le courtier a pour mission d'étudier en amont les aspects fonctionnels, structurels et organisationnels de l'activité, de façon à être en permanence en mesure de proposer les solutions d'assurance les mieux adaptées. Il identifie les risques et propose des solutions de couverture personnalisées.
- **Accompagnement** : le marché de l'assurance dispose d'une offre extrêmement vaste, variée et en constante évolution. Le rôle du courtier va être de disposer des connaissances nécessaires et de la parfaite appréhension de ce marché pour pouvoir conseiller au mieux ses clients. Il s'adapte et propose des solutions d'assurance en fonction de l'émergence de nouveaux acteurs et nouveaux produits, toujours dans l'optique de permettre à ses clients de se développer en toute sécurité. Il lance des appels d'offres auprès de sociétés d'assurance et négocie les conditions tarifaires.
- **Gestion** : le courtier organise la gestion du contrat d'assurance, de la souscription au règlement des sinistres et éventuels litiges. Il assure ainsi à ses clients une totale maîtrise de leurs rapports avec les compagnies d'assurance pour les accompagner au mieux et répondre à toutes leurs demandes.

Le rôle du courtier d'assurance est donc de proposer les contrats les mieux adaptés au profil de ses assurés, en termes de protection, de garanties ou encore de tarifs. C'est ensuite lui qui s'occupe du montage administratif du contrat et qui en négocie les conditions.

Pendant la vie du contrat, son rôle est aussi d'assister les assurés lors de la gestion des sinistres. Enfin, il propose souvent des prestations complémentaires de conseil ou encore de gestion des risques.

Pour son travail, le courtier touche une commission qui varie en fonction de l'affaire traitée. Avec cette commission, il doit à la fois se rémunérer et couvrir ses frais.

L'activité de courtage se répartit entre :

- Courtiers généralistes dont les volumes d'affaires sont importants,
- Courtiers grossistes qui font les intermédiaires entre les compagnies d'assurance et d'autres courtiers.

3. *Les évolutions des acteurs sur le marché*

L'assurance en tant que « secours mutuel » ou « recherche de protection » existait dès la plus haute Antiquité. Des traces de pratiques s'apparentant à de l'assurance existent notamment en Mésopotamie où s'effectuait une répartition entre commerçants des coûts engendrés par les vols et pillages des caravanes. D'autres exemples sont également présents en Égypte et dans la Rome antique.

Mais ces pratiques restent éloignées de l'assurance moderne qui trouve véritablement ses sources dans le « prêt à la grosse aventure ».

Ce type de prêt adapté au commerce maritime était déjà pratiqué par les Grecs et les Romains. Les marchands faisaient appel aux banquiers pour financer leurs expéditions maritimes qui coûtaient souvent très cher. Si le bateau faisait naufrage, les marchands n'avaient rien à rembourser aux banques. Par contre, s'il arrivait à bon port, le banquier était remboursé et pouvait recevoir une compensation financière très élevée.

Repris à partir du XII^{ème} siècle, le prêt « à la grosse » connut plusieurs abus sur les taux d'intérêt qui encouragèrent le pape Grégoire IX à interdire le prêt usuraire en 1234.

Dès lors, il fallut trouver un système permettant au prêteur d'être certain du remboursement de son prêt. Des banquiers et d'autres commerçants acceptèrent de garantir la valeur du navire et de ses marchandises en échange d'une somme d'argent fournie au préalable. L'assurance maritime était née et continua à se développer dans les ports de la Méditerranée puis de l'Atlantique. Le plus ancien contrat d'assurance connu a été souscrit à Gênes en 1347, et c'est également à Gênes que fut fondée la première société d'assurances maritimes en 1424.

À partir du XIII^{ème} siècle, l'activité d'assurance s'est organisée et des législations sont apparues dans différentes villes. Le développement est moins rapide en France que dans d'autres pays, en raison de blocages, principalement religieux. Il faut donc attendre 1681 et Colbert pour que l'activité d'assurance maritime soit légiférée.

La Compagnie générale des assurances et grosses aventures voit le jour par un édit de Louis XIV en 1686 et, en 1786, sont créées la Société d'assurances générales contre l'incendie des frères Périer et la Compagnie d'assurances contre l'incendie de Clavière et Batz.

Si l'assurance maritime est la première assurance sous sa forme moderne, d'autres types d'assurance sont apparues par la suite, et notamment l'assurance vie au XVI^{ème} et XVII^{ème} siècle.

Avec les tontines, le financier italien Lorenzo Tonti crée en 1652 une forme de contrat d'assurance sur un mode opératoire proche de l'assurance vie. Les tontines sont, encore aujourd'hui, des associations de personnes constituées pour une certaine durée et qui mettent en commun des fonds. A l'issue d'une durée définie préalablement, l'association est dissoute et les fonds sont répartis entre les personnes.

Les premières tontines royales sont autorisées à la fin du XVII^{ème} siècle et plusieurs emprunts tontiniers sont lancés au cours du XVIII^{ème} siècle. En 1770, les tontines royales sont transformées en rentes viagères à taux fixe par arrêt du Conseil du roi de France.

En 1787, la Compagnie royale d'assurance vie est créée et, en 1788, l'édit du 27 juillet contraint la Compagnie d'assurance contre les incendies à se diviser en deux branches : une contre l'incendie, l'autre sur la vie.

La Révolution Française a freiné ce mouvement de développement de l'assurance moderne en France. Mais, en 1816, une ordonnance royale autorise l'assurance contre l'incendie, et en 1818, le Conseil d'État autorise l'assurance sur la vie.

Dès lors, plusieurs sociétés sont créées et prospèrent rapidement : l'Union (devenue UAP puis AXA), la Royale (devenue Nationale puis le GAN), les Assurances Générales et le Phénix (devenues les AGF, appartenant désormais au groupe Allianz).

Progressivement, d'autres risques potentiels sont exploités par les compagnies d'assurance : accidents, bris de glaces, grêle, mortalité du bétail, vol, responsabilités civiles diverses...

La fin du XIX^{ème} siècle comporte plusieurs dates-clés dans le développement de l'assurance pour les particuliers :

- La loi du 1^{er} avril 1898 élargit les compétences des mutuelles qui peuvent désormais pratiquer toutes les formes d'assurances ou se spécialiser.
- La loi du 9 avril 1898 sur la réparation des accidents du travail ne rend plus obligatoire l'apport de preuves de la responsabilité de l'employeur par le salarié accidenté.

Cette loi fondatrice permet une généralisation de l'assurance accidents pour tous les travailleurs, et instaure un vrai contrôle de l'État sur les assureurs.

Le développement va se poursuivre et s'accroître au cours de la première moitié du XX^{ème} siècle, avec notamment l'arrivée de nouveaux besoins en assurance de dommages (automobile, biens divers...).

De nouvelles structures sont créées pour organiser l'activité : la Fédération nationale des syndicats d'agents généraux d'assurances (FNSAGA) en 1919, le Bureau central français des compagnies d'assurances pour l'étude des statistiques concernant les accidents automobiles en 1930, la Fédération Française des Sociétés d'Assurance en 1936...

Des lois réglementant l'activité sont votées : la loi du 13 juillet 1930 réglementant le contrat d'assurance, la loi sur l'assurance automobile en 1935, le décret-loi du 14 juin 1938 uniformisant les différents règlements et le contrôle de l'État sur les sociétés d'assurances et de capitalisation, la loi du 12 juillet 1940 rattachant la direction des Assurances au ministère des Finances, et la loi du 25 avril 1946 sur la nationalisation partielle de 34 sociétés d'assurances en groupes (UAP, AGF, Gan...) et la création de la Caisse centrale de réassurance (CCR).

Dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, le secteur s'organise et se réglemente tel que nous le connaissons aujourd'hui. L'assurance automobile est rendue obligatoire par la loi du 27 février 1958 et le Code des Assurances est officiellement créé par le décret du 16 juillet 1976. Ce code contient dès lors toute la législation relative aux différentes assurances. Les articles concernant l'assurance automobile (comme le bonus-malus, la résiliation ou, plus récemment, les lois Châtel et Hamon¹) sont répartis principalement dans les titres I et II du Livre Ier (sur les assurances de dommages en général) et le titre I du Livre II (sur l'assurance des véhicules terrestres à moteur et de leurs remorques et semi-remorques).

¹ Depuis le 1^{er} août 2005, la loi Châtel met fin à la reconduction tacite de certains contrats d'assurance en ouvrant les possibilités pour l'assuré de résilier son contrat au-delà du délai de préavis, et la loi Hamon, mise en application au 1^{er} janvier 2015, permet notamment de résilier un contrat d'assurance (auto, moto ou habitation) après un an de souscription avec un simple préavis de 30 jours. Une disposition qui ne s'applique néanmoins qu'aux personnes physiques en dehors des activités professionnelles.

Par la suite, différentes lois amélioreront la protection des assurés et faciliteront leur indemnisation (comme la loi « Badinter » n° 85-677 du 5 juillet 1985 améliorant l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation), avec notamment la mise en place de conventions entre les assureurs. Enfin, le secteur se libéralisera définitivement dans les années 1990 avec la privatisation des sociétés nationalisées.²

Le marché français de l'assurance doit s'adapter en permanence aux évolutions fiscales, économiques, réglementaires, et ce tant au niveau national qu'euro-péen. Quelques exemples : la loi Consommation qui prévoit notamment une possibilité de résilier son contrat Auto ou Habitation, et une substitution possible de son assurance emprunteur pendant 11 mois et 15 jours post-signature du crédit immobilier ; l'Accord national interprofessionnel généralisant la complémentaire santé à l'ensemble des salariés ; l'application de la réforme Solvabilité 2 ; les contrats responsables...

Actuellement, les vingt premiers assureurs français s'octroient près de 90 % des parts de marché avec deux bancassureurs dans le top 3, dans lequel on retrouve la CNP, le Crédit agricole Assurances et Axa.

² Références pour la rédaction de cet article : Index Assurance / Histoire

CLASSEMENT DES 20 PREMIERS GROUPES D'ASSURANCES EN FRANCE PAR LE CHIFFRE D'AFFAIRES 2014

Rang 2014	Évolution 2014/13	Groupes	CA France en M€		Variation 2014/13	Part de marché en 2014		Part de marché en 2013	
			2014	2013		par groupe	en cumul	par groupe	en cumul
1	↗	CNP	24 503	21 096	16,1 %	11,0 %	11,0 %	10,1 %	10,1 %
2	↗	Crédit agricole Assurances	24 273	22 744	6,7 %	10,9 %	21,9 %	10,9 %	20,9 %
3	↗	Axa	22 907	21 604	6,0 %	10,3 %	32,3 %	10,3 %	31,3 %
4	→	Crédit Mutuel	15 230	14 098	8,0 %	6,9 %	39,1 %	6,7 %	38,0 %
5	→	Covéa	14 428	13 847	4,2 %	6,5 %	45,6 %	6,6 %	44,6 %
6	→	Allianz	13 473	13 672	-1,5 %	6,1 %	51,7 %	6,5 %	51,1 %
7	↗	Generali	10 922	10 585	3,2 %	4,9 %	56,6 %	5,1 %	56,2 %
8	↗	Groupama	10 667	10 757	-0,8 %	4,8 %	61,4 %	5,1 %	61,3 %
9	→	BNP Paribas Cardif	10 311	10 517	-2,0 %	4,6 %	66,0 %	5,0 %	66,4 %
10	→	Société Générale Insurance	8 701	8 032	8,3 %	3,9 %	69,9 %	3,8 %	70,2 %
11	↗	Sgam AG2R La Mondiale	8 002	7 018	14,0 %	3,6 %	73,5 %	3,4 %	73,6 %
12	↗	Sferen	7 846	7 540	4,1 %	3,5 %	77,1 %	3,6 %	77,2 %
13	→	Aviva	7 139	6 648	7,4 %	3,2 %	80,3 %	3,2 %	80,3 %
14	→	Natixis Assurances	4 549	4 021	13,1 %	2,0 %	82,3 %	1,9 %	82,3 %
15	→	Swiss Life	3 992	3 775	5,7 %	1,8 %	84,1 %	1,8 %	84,1 %
16	→	Malakoff Médéric	3 773	3 541	6,6 %	1,7 %	85,8 %	1,7 %	85,7 %
17	NA	Maif	3 278	3 167	3,5 %	1,5 %	87,3 %	1,5 %	87,3 %
18	↗	Humanis Prévoyance	3 055	2 644	15,5 %	1,4 %	88,7 %	1,3 %	88,5 %
19	Entrée	Harmonie Mutuelle	2 994	2 868	4,4 %	1,3 %	90,0 %	1,4 %	89,9 %
20	↗	Istya	2 880	2 857	0,8 %	1,3 %	91,3 %	1,4 %	91,3 %
Top 20 France			202 923	191 031	6,0 %	91,3 %	91,3 %	91,3 %	91,3 %

NA : Non applicable. Sources : Mazars, L'Argus de l'assurance et les sociétés citées

FICHE N° 3 /
***Le récit de Cataville,
ou comment appréhender
le risque***

Fiche n° 3

LE RÉCIT DE CATAVILLE, OU COMMENT APPRÉHENDER LE RISQUE

Saurez-vous reconnaître les polices d'assurance concernées ?

Voici l'histoire...

Cataville est une unité urbaine de 20 000 habitants située en périphérie de la grande Métropole Territoriaville qui regroupe 1,2 M d'habitants. Quelques espaces verts jalonnent le territoire, soigneusement entretenus par la municipalité jalouse de son label vert pour ses parcs et jardins. Comme classiquement pour ces villes moyennes périphériques de grande conurbation, l'entrée de ville est marquée par une grande zone commerciale qui fait grogner les commerçants du centre-ville historique marqué par des dédales de ruelles médiévales, pour partie piétonnes. La rivière « crue » la bien-nommée, partage les deux rives de la ville située dans une plaine alluviale bordée de coteaux crayeux. Sur les hauteurs, dans le quartier des Joncs, s'est établie une zone de non-droit avec des immeubles en hauteur dégradés, aux populations socialement défavorisées, sans mixité sociale, avec un taux de chômage dépassant les 20 %. Des faits de délinquance pour trafic de stupéfiants sont régulièrement dénoncés. Les établissements scolaires sont référencés en zone d'éducation prioritaire dans ces quartiers.

1. L'année 2017 avait très mal commencé. Le 31 décembre, une lumière rougeoyante a émergé des plateaux vers 23 h 30. Un incendie a ravagé plus de 20 véhicules stationnés en bas des tours, et l'ensemble des abribus desservant le quartier des Joncs a été détruit. De jeunes lycéens sortant à ce moment-là pour aller fêter la nouvelle année dans l'espace public en rejoignant un flash mob ont été blessés par le verre pulvérisé.
2. Le même soir, l'ensemble des monuments aux morts de la ville a été vandalisé avec des graffitis, les jeux de l'espace jeunes volés et les CV de l'espace emploi disparus.

3. Dix jours plus tard, un enfant se blessait grièvement dans le parc floral des Marguerites en plein centre-ville. Le filin d'escalade du pont suspendu du terrain de jeu avait lâché. Emmené aux urgences, un diagnostic de traumatisme crânien majeur a été détecté.
4. Le quartier de la médiathèque a vécu un drame au mois de février : le centre technique municipal qui jouxte la médiathèque a pris feu. L'incendie, accidentel, s'est propagé à la médiathèque neuve voisine et à deux immeubles d'habitation.
5. Cette médiathèque, qui est aussi une salle de spectacles, est le point noir des élus. Le chantier s'était avéré catastrophique : le mur d'enceinte de la copropriété voisine s'est effondré, le portail d'accès au parking souterrain était monté à l'envers, l'ensemble du matériel d'éclairage et de sonorisation de la scène a été volé en cours de chantier.
6. Un évènement neigeux rare pour la région a obligé les services techniques de la ville à passer le chasse-neige à plusieurs reprises en une semaine. Lors d'un passage, l'un des agents de la ville a endommagé plusieurs voitures garées sur le bas-côté.
7. Le 15 mars, 22 jeunes enfants de l'école primaire Paul Bert ont été hospitalisés au CHU de la métropole pour intoxication alimentaire, dont 2 dans le coma. L'enquête a démontré la défaillance d'une installation frigorifique de la cuisine centrale gérée en régie par la Ville, panne non diagnostiquée par le personnel de l'établissement. Les parents ont porté plainte.
8. Le 24 avril, la « crue » a débordé, détruisant 3 maisons, toutes situées en zone inondable. L'instruction révèle que les 3 permis de construire ont été délivrés de manière irrégulière. Aucune disposition n'a été prise pour reloger les habitants concernés. L'absence de plan communal de sauvegarde a été dénoncée.
9. La même semaine, les pneus des véhicules des responsables de la mairie ont été crevés.
10. Le 24 mai, le château de Dubin, situé sur la rive gauche de la « crue » a vu, suite à une violente tempête, sa toiture arrachée. Le maire a été sommé de réparer la toiture de ce bâtiment, propriété de la ville, classé à l'inventaire et abritant une exposition de grande ampleur sur les impressionnistes, avec visite prévue par la Ministre de la Culture. Une partie des œuvres exposées a été endommagée et certaines avaient été prêtées par d'autres institutions.

11. Le 2 juin, la Ville, organisateur secondaire de transport, s'est trouvée confrontée à un drame. L'agent préposé à la conduite du car a été à l'origine d'un très grave accident. Ayant raté un tournant, il a heurté un véhicule, tuant sur le coup une jeune mère de famille et blessant grièvement ses 2 jeunes enfants de 5 et 7 ans. Le car ayant versé dans le fossé, 6 enfants ont été blessés, dont un désormais handicapé à vie.
12. Le 15 novembre, une plainte est déposée en mairie pour usurpation d'identité bancaire. La DSI mobilisée se rend compte que le système d'information de la ville a été victime d'une cyber-attaque. Toutes les coordonnées bancaires des parents d'élèves abonnés au guichet unique pour le paiement de la restauration scolaire et activités périscolaires ont été piratées. Notification personnalisée a dû en être faite à chacune des victimes. L'absence de délégué à la protection des données a fortement pénalisé l'instruction du dossier.
13. Le 2 décembre, lors de l'installation des décorations de Noël, la nacelle a basculé. L'agent chargé de l'installation a chuté. Hospitalisé d'urgence, il a été placé en coma artificiel.
14. Le 10 décembre, un agent administratif des services techniques dépose plainte pour harcèlement sexuel contre le directeur des services techniques et sollicite une protection juridique. Les syndicats se mobilisent. Un préavis de grève est déposé.

Réponses

1. Destruction des abribusDommages aux biens
Blessures par verreResponsabilité civile
2. Graffitis sur les monuments aux mortsDommages aux biens
(exclusion courante)
Vol de jeuxDommages aux biens
Vol de cvDommages aux biens
3. Enfant blessé au parc floralResponsabilité civile
4. Incendie de la médiathèqueDommages aux biens
5. Effondrement d'un mur pendant un chantierTous risques chantier
Vol en cours de chantier.....Tous risques chantier

6. Endommagement véhicules par le chasse-neige.....Assurance auto
7. Intoxication alimentaireResponsabilité civile
8. Destruction de maisons en zone inondable.....Responsabilité civile
9. Pneus crevés.....Ne concerne pas l'assurance de Cataville
10. Toiture du château arrachéeDommages aux biens
Œuvres abîméesTous risques expositions
11. Accident de car.....Assurance auto (si le car est assuré par la ville)
12. Vol des coordonnées bancaires.....Assurance cyber
13. Chute d'un agentAssurance statutaire
14. Plainte pour harcèlement sexuel..... Assurance protection fonctionnelle

FICHE N° 4 /
*Les différentes polices
d'assurance*

Fiche n° 4

LES DIFFÉRENTES POLICES D'ASSURANCE

En raison de leurs compétences, de leur taille et de leurs différences, les collectivités peuvent être exposées à une grande diversité de risques. Pour les couvrir, il existe de nombreuses polices d'assurance qu'il convient d'adapter à leurs besoins. L'objectif est le transfert d'une partie de l'aléa financier sur les opérateurs économiques.

Il existe deux grandes familles de risques :

- Les risques dommages : les polices couvrant ce risque permettent une indemnisation des sinistres touchant les biens de l'assuré ;
- Les risques de responsabilité : les polices couvrant ce risque permettent une indemnisation des sinistres causant un dommage à autrui.

1. Les dommages aux biens

L'objet principal de l'assurance dommages aux biens est de couvrir les dommages subis par les biens dont la commune est propriétaire ou dont elle a l'usage lorsqu'un sinistre survient. Sont ainsi couverts : le vol, l'incendie, les dégâts causés par la tempête ou la neige, les dégâts des eaux, les dommages électriques, le bris de glace, les catastrophes naturelles...

A titre accessoire, l'assurance dommages aux biens couvre également les diverses responsabilités et frais annexes encourus par la commune du fait des biens assurés. Un contrat d'assurance dommages aux biens peut donc également couvrir les risques locatifs, les recours des locataires, les recours des voisins et des tiers, les frais de relogement, les pertes d'exploitation, la recherche de fuite...

Pour que les biens immobiliers soient garantis, il est impératif que la collectivité en dresse la liste. Celle-ci doit notamment énumérer : le nom, le type de bâtiment, son adresse, sa surface, ainsi que la qualité de la collectivité vis-à-vis du bien (propriétaire occupant, propriétaire non occupant, locataire).

Seuls les biens limitativement mentionnés dans les pièces contractuelles sont assurés. Pour les biens mobiliers, il convient de dresser la liste des différents types de biens sur le territoire communal (monument aux morts, panneaux photovoltaïques, animaux, mobilier urbain...) sans qu'il soit nécessaire d'en indiquer la localisation ni le nombre. De plus, les œuvres d'art doivent être identifiées et assurées pour un montant équivalent à leur valeur marchande.

Les biens immobiliers non clos et couverts doivent être spécifiquement identifiés dans les pièces de marchés si la collectivité souhaite qu'ils bénéficient d'une garantie. Par exemple, il est courant que les terrains de sport soient exclus des contrats d'assurance dommages aux biens.

Les polices dommages aux biens ne couvrent pas le patrimoine de la collectivité de façon illimitée. Il existe des exclusions systématiques, soit en raison de l'absence d'aléa, soit en raison des circonstances de survenance.

Par exemple, les conséquences de la guerre, des rayonnements ionisants ou des cataclysmes naturels ne sont pas couvertes. De même, le défaut d'entretien, l'usure normale ou le fait intentionnel ne peuvent pas être assurés en raison de l'absence d'aléa. Toutefois, le vandalisme et les chocs de véhicules terrestres non identifiés peuvent être couverts avec l'instauration d'une franchise importante.

Pour maîtriser la fréquence des sinistres et leur gravité, les collectivités peuvent mettre en place des moyens de prévention. Une diminution de la prime d'assurance peut en découler. Les mesures pouvant être prises sont très variées : pour réduire le coût des vols et des dégradations, la collectivité peut installer des systèmes anti-intrusion ou de vidéo-protection ; des formations visant à former les agents en cas d'incendie peuvent aussi être dispensées....

2. La responsabilité civile

L'objet principal de l'assurance des responsabilités est de couvrir les conséquences pécuniaires de la responsabilité générale de la collectivité, c'est-à-dire l'obligation qui lui incombe de réparer les dommages causés aux tiers. La responsabilité de la commune est engagée lorsqu'un lien est établi entre une action (ou l'inaction) fautive de la collectivité et le dommage causé à un tiers. Les polices de responsabilité civile permettent donc la prise en charge du paiement des dommages et intérêts destinés à réparer le préjudice subi par la victime.

Dans la plupart des cas, les contrats d'assurance de responsabilité civile proposés aux collectivités se présentent sous la forme de contrats de type « tous risques sauf » : tous les risques qui ne sont pas expressément exclus sont garantis.

Comme pour la majorité des polices d'assurance des collectivités, sa souscription n'est pas obligatoire. Mais il existe cependant en droit français quelques obligations, pour les collectivités, d'assurer leur responsabilité civile dont voici une liste non exhaustive : les assistantes maternelles (article L.421.13 du Code de l'Action Sociale et des Familles), les établissements recevant des enfants inadaptés ou handicapés (Décret n° 56-284 du 9 mars 1956), les centres de vacances, de loisirs et groupements de jeunesse (article L.227-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles). L'objet des assurances obligatoires pour les personnes publiques est de prévenir tout défaut d'indemnisation pour les tiers victimes.

Dans le cadre de la responsabilité civile, ont la qualité d'assurés : la commune en tant que personne morale et les personnes susceptibles d'engager sa responsabilité (les élus, les agents, les requis civils, sauveteurs ou collaborateurs bénévoles ainsi que toute personne agissant pour son compte et les personnes sous la garde de la collectivité). Dans le cas où l'action (ou l'inaction) fautive de la collectivité cause un dommage à une personne ayant la qualité d'assuré, alors la victime est considérée comme un tiers et pourra être indemnisée par le contrat d'assurance. Par exemple, les dommages causés aux ou par les enfants sous sa garde, entrent dans le champ des garanties.

Les exclusions courantes de ce type de police sont par exemple : la responsabilité personnelle des agents et des élus, le fait intentionnel, les amendes et les sanctions administratives, les OGM, la chirurgie esthétique...

3. La protection juridique

L'assurance de protection juridique a pour objet de couvrir tout différend ou litige opposant la commune à un tiers. Elle consiste à mettre à la disposition de la commune les moyens juridiques et financiers nécessaires pour lui permettre de trouver une solution à son litige.

L'assureur n'a pas vocation à assurer la défense de la collectivité devant les tribunaux : la direction du procès appartient à la personne morale, conseillée par son avocat qu'elle choisit librement (article L.127-3 du Code des Assurances). L'assureur ne peut pas lui imposer de choisir un avocat particulier.

Au même titre que pour la responsabilité civile, les polices de protection juridique sont très souvent sous la forme du « tous risques sauf ». C'est-à-dire que l'ensemble des litiges avec les tiers peuvent entrer dans le champ d'application de cette police. On y trouve notamment : les relations avec ses cocontractants (marchés publics, prestations de services...), avec les autres collectivités ou avec les administrés dans les domaines relatifs à l'état civil, au budget, à la voirie, à ses pouvoirs de police, à la gestion des services municipaux de type industriel ou commercial (cantines scolaires, services de distribution des eaux, abattoirs...), à l'urbanisme...

Toutefois, sont couramment exclus les litiges liés à une faute personnelle d'un agent ou d'un élu, les amendes, les litiges relatifs à la liberté d'expression, les contentieux électoraux, les conflits collectifs du travail, les litiges avec l'assureur...

4. *La protection fonctionnelle*

La protection fonctionnelle a pour objet d'organiser la protection des agents ou élus de la collectivité publique (Loi du 13 juillet 1983 modifiée par celle du 13 décembre 1996 et du 10 juillet 2000), lorsqu'ils sont mis en cause dans l'exercice de leur fonction ou de leur mandat. Cette garantie a également pour objet de couvrir le fonctionnaire des condamnations civiles prononcées contre lui en cas de faute de service.

L'objet de la protection fonctionnelle telle qu'elle est issue de la loi est donc :

- La défense pénale des agents ou des élus en cas de faute de service (frais de justice, honoraires d'avocat...),
- La responsabilité civile des agents ou des élus en cas de faute de service,
- La réparation des dommages matériels ou corporels subis par les agents ou les élus (suite à une agression physique ou verbale, réparation des véhicules ou remboursement des vêtements suite à une agression...),
- La mise en sécurité des agents ou des élus s'ils font l'objet de menaces à l'occasion de leurs fonctions (frais de soutien psychologique, système de protection...).

Les collectivités doivent cette protection à leurs agents et à leurs élus même s'ils ont quitté la collectivité. Toutefois, il n'est pas obligatoire d'assurer ce risque.

Si la personne publique souhaite se prémunir contre les conséquences financières de son obligation de protection fonctionnelle, elle peut souscrire une assurance de protection fonctionnelle³. Sinon, elle devra en assumer les conséquences financières en cas de mise en œuvre.

Lorsque la collectivité souhaite mettre en œuvre cette garantie, elle doit le faire suite à la demande d'un agent ou d'un élu, et respectivement au moyen d'un arrêté ou d'une délibération (Question écrite n° 01489 de M. Jean Louis Masson dont la réponse est publiée dans le JO Sénat du 28 décembre 2017).

5. L'assurance dommages ouvrage

L'assurance dommages ouvrage est définie à l'article L242-1 du code des Assurances. Elle fait partie des rares polices d'assurance obligatoires pour les collectivités. Toutefois, elle ne s'impose que dans le cas de travaux à usage d'habitation (pour les personnes de droit privé, elle est obligatoire, quel que soit l'usage du bâtiment).

Cette garantie permet, en dehors de toute recherche de responsabilité, le paiement des travaux de réparation des dommages de la nature de ceux dont sont responsables les constructeurs, au sens de l'article 1792 du code civil (responsabilité décennale). Les dommages concernés sont ceux qui compromettent la solidité de l'ouvrage ou le rendent impropre à sa destination. En principe, elle doit être souscrite avant l'ouverture du chantier par le maître d'ouvrage, et court pendant 10 ans après la réception de l'ouvrage. Son but est de préfinancer les réparations des dommages avant toute recherche de responsabilité, et ce dans un délai rapide.

L'article L242-1 du Code des Assurances impose à l'assureur de proposer une indemnisation dans les 90 jours suivant la déclaration du sinistre. Le délai est de 135 jours en cas de difficultés techniques. L'objectif est d'obtenir une indemnisation très rapidement. En l'absence de cette police, les recherches de responsabilité peuvent parfois prendre plusieurs années, notamment en cas de conséquences financières importantes.

³ Toutefois, sont couramment exclus des polices d'assurance les litiges liés à la faute personnelle, le paiement des amendes, les litiges liés au contentieux électoral...

Pour obtenir le remboursement, une fois l'indemnisation intervenue, l'assureur « dommages-ouvrage » exerce son recours contre les responsables des dommages (les maîtres d'œuvre) subis par l'ouvrage et leurs assureurs de responsabilité (assurance décennale). Ceux-ci doivent assumer la charge définitive du sinistre. Cette police non seulement permet une indemnisation rapide, mais également de faire face à l'insolvabilité de certains constructeurs.

Par définition, sont exclus les sinistres qui ne menacent pas la solidité de l'ouvrage ou qui ne le rendent pas impropre à sa destination. Les assureurs complètent cette liste par des exclusions courantes et notamment les sinistres rendus possibles par des mesures d'économies imposées pour le choix des matériaux ou des techniques utilisées, par la non-prise en compte des réserves techniques, par l'absence de travaux, les sinistres répétitifs...

Cette police peut être assortie d'options pour couvrir les dommages en cours de travaux : la garantie tous risques chantier. Elle permet l'indemnisation des dommages matériels pouvant survenir pendant les travaux de construction d'un ouvrage. Sont ainsi couverts les ouvrages constituant l'opération de construction, les ouvrages provisoires nécessaires au chantier, mais aussi les matériaux et équipements destinés à être incorporés dans l'ouvrage.

En cas de réhabilitation, la police dommages ouvrage peut être assortie de l'option garantie des dommages aux « existants ». Elle permet l'indemnisation des dommages matériels subis par les « existants », s'il est établi que ces dommages sont la conséquence directe de l'exécution des travaux neufs (et non celle des propres défauts des parties préexistantes) et qu'ils nuisent à la solidité de la construction ou à la sécurité des personnes.

6. *Le cyber risque*

Le développement de la technologie et la réglementation tendent à faire peser de plus en plus d'obligations sur les collectivités et augmentent le volume de données qu'elles détiennent. Depuis le 25 mai 2018, le règlement du Parlement européen et du Conseil en date du 14 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD) est applicable.

L'assurance cyber intervient après le sinistre, en mettant à la disposition de la personne publique des moyens humains et financiers pour identifier et circonscrire les attaques.

Cette mise à disposition de moyens permet également d'informer les victimes et de suivre l'utilisation frauduleuse des données. Enfin, la restauration du système d'information et la formulation de préconisations en matière de sécurité sont prises en charge.

La garantie porte sur les données de la collectivité et non sur le matériel. C'est une information qui est assurée. Le transfert de la gestion et/ou de l'hébergement des données ne fait pas disparaître le risque. La collectivité reste responsable des données qu'elle collecte et dont elle est propriétaire.

Les principales garanties proposées aux collectivités portent sur les risques suivants :

- Atteintes aux informations et reconstitution des données : la garantie permet l'indemnisation des frais d'expertise et de reconstitution de données en cas de perte ou d'altération. Cette garantie couvre notamment le détournement du site internet de la collectivité ou la destruction de données.
- Protection des données personnelles et notification : en cas de diffusion de données personnelles d'agents ou d'administrés, cette garantie permet de couvrir les frais d'identification et de notification individualisée aux victimes. Cette garantie couvre également les frais de recherche et de suivi de ces données.
- Cyber espionnage : cette garantie permet la prise en charge des frais d'expertise et d'assistance en cas de vol d'informations sensibles.
- Atteinte à l'image : cette garantie permet la mise à disposition au profit de la collectivité de moyens de communication pour rétablir sa réputation après une fuite d'informations ou un détournement de son image.
- L'erreur humaine.

Parmi les exclusions classiques de cette police, on trouve les dommages matériels, les frais d'amélioration du système, les conséquences de la collecte illicite des données, les amendes⁴...

En vue de réduire le risque, la collectivité peut mettre en œuvre des moyens de prévention pour rendre plus difficile l'atteinte aux données et surtout pour permettre la reconstruction du système d'information.

⁴ L'article 6 du code civil interdit d'assurer une amende : « On ne peut déroger, par des conventions particulières, aux lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes mœurs »

La première mesure est la réalisation de sauvegardes de manière périodique (voire quotidienne) afin de pouvoir restaurer rapidement le système. Les collectivités peuvent également prendre des mesures techniques (changement périodique des mots de passe, système de contrôle des flux de données, mise à jour automatique des failles de sécurité des logiciels...) ou des mesures de sensibilisation des utilisateurs.

7. *L'assurance automobile*

Les véhicules détenus par une collectivité sont soumis à une obligation d'assurance. Selon l'article L. 211-1 du Code des assurances, « toute personne physique ou toute personne morale autre que l'État, dont la responsabilité peut être engagée en raison des dommages subis par des tiers résultant d'atteintes aux personnes ou aux biens, dans la réalisation desquels un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou ses semi-remorques, est impliqué, doit, pour faire circuler lesdits véhicules, être couverte par une assurance garantissant cette responsabilité ». C'est la plus connue des obligations d'assurance.

L'obligation porte uniquement sur la responsabilité civile automobile c'est-à-dire les dommages corporels, matériels ou immatériels causés aux tiers, qu'il s'agisse des personnes se trouvant hors du véhicule lors de l'accident (y compris le propriétaire du véhicule) et des personnes transportées dans le véhicule.

L'assurance automobile peut également assurer les dommages accidentels subis par le véhicule tels que ceux résultant de chocs, événements naturels, dommages par collision, incendie, explosion, vol, bris de glaces... Il est possible de moduler les garanties en fonction du type, de la valeur ou de l'âge du véhicule. La modulation permet d'adapter le contrat aux besoins spécifiques de chaque collectivité. Par exemple, une commune de montagne aura peut-être besoin d'étendre les garanties pour un certain type de véhicules particulièrement onéreux et apte à se déplacer dans des conditions climatiques dégradées, alors que ses véhicules « classiques » n'auront pas besoin de cette extension. Le jeu de garantie le plus complet est communément appelé « tous risques » et le plus faible « tiers » dans lequel on peut limiter l'assurance à la responsabilité civile.

Il est plus adapté pour les collectivités d'assurer leur flotte en entier (pour celles qui ont plusieurs véhicules) plutôt que chaque véhicule individuellement. En effet, la construction d'un contrat type « flotte de véhicules » génère un allègement de la gestion d'une part, et limite les risques de variations et d'incohérences en matière d'étendue des garanties et des franchises d'autre part.

Des garanties complémentaires peuvent être proposées pour étendre l'indemnisation en cas de sinistre. Il est possible d'assurer les marchandises transportées, les équipements techniques (gyrophares, sérigraphie...), la protection juridique, l'assistance aux personnes (rapatriement des personnes), les objets personnels transportés, le remorquage, un véhicule de remplacement...

Les exclusions les plus courantes sont les dommages causés par la guerre, les amendes, les dommages intentionnels.

La collectivité qui souhaite réduire la fréquence et la gravité des sinistres automobiles peut mettre en place quelques moyens de prévention relativement peu onéreux. Afin de réduire le risque de vol, les véhicules peuvent être stationnés dans des garages fermés et sous alarme. Les agents utilisateurs peuvent également être sensibilisés aux risques routiers (stage de conduite sur chaussée mouillée, éco conduite, code de la route, gestes de premiers secours...) et à la complétion d'un constat amiable. Lors de l'achat, les véhicules peuvent également être équipés d'options facilitant la conduite, comme par exemple le radar de recul.

8. *Les autres polices*

Hormis les polices « classiques » d'assurance présentées ci-dessus, les collectivités peuvent également souscrire des contrats plus spécifiques, de manière indépendante ou en option :

- Garantie annulation de concours : elle permet l'indemnisation des frais engagés par l'organisateur en cas de survenance d'un aléa ayant pour conséquence l'annulation d'un concours. Le déclenchement de la garantie peut notamment avoir pour origine la destruction du lieu de l'épreuve (incendie, tempête...), l'impossibilité de maintenir l'épreuve en raison des conditions atmosphériques, la divulgation des sujets quelques mois avant l'épreuve, la perte de copies avant la correction... L'assurance peut alors prendre en charge la location de la salle, le coût de l'élaboration de nouveaux sujets, la surveillance de l'épreuve, et la correction des copies.
- Garantie annulation de spectacle : elle permet l'indemnisation des frais de la collectivité ayant été dans l'obligation d'annuler un spectacle suite à la survenance d'un aléa. Les dépenses prises en charge par l'assureur peuvent couvrir la billetterie, l'indemnisation de l'artiste, les frais de location de salle...

- Multirisque exposition : cette garantie vise à indemniser la collectivité ou le propriétaire des œuvres exposées de manière permanente ou temporaire. Cette police peut être assortie d'une option dite « clou à clou » afin d'assurer le transport des œuvres.
- Responsabilité civile médicale : certaines collectivités peuvent employer directement des professionnels de la médecine pour exercer au service de la collectivité ou de la population. Peuvent être garanties les conséquences financières de la responsabilité de la collectivité en raison des dommages corporels, matériels et immatériels causés aux patients ou à leurs proches du fait d'erreurs ou de fautes professionnelles commises lors de l'exercice d'activités médicales ou paramédicales.
- Multirisque plaisance : cette garantie vise à couvrir les dommages causés par ou sur les embarcations à moteur. L'assurance multirisque regroupe à la fois les garanties dommages et les garanties de responsabilité.

FICHE N° 4 BIS /
***Police d'assurance
statutaire***

Fiche n° 4 bis

POLICE D'ASSURANCE STATUTAIRE

Les collectivités territoriales ont des obligations législatives et réglementaires en matière de protection sociale du personnel auxquelles elles ne peuvent se soustraire. Ces dispositions peuvent justifier la nécessité de se garantir et de recourir à une assurance pour pallier les incidences pécuniaires qui en découlent.

Les agents des collectivités locales bénéficient d'un régime de protection sociale qui est lié à leur statut et fixé par la législation visée ci-dessous.

Les charges et prévisions financières qui en résultent peuvent être lourdes de conséquences pour les employeurs, parce que l'évènement considéré est aléatoire et difficile à évaluer.

Il convient néanmoins de distinguer la protection sociale concernant les agents affiliés à la CNRACL de celle relative aux agents à temps non complet et des contractuels affiliés au régime général et à l'IRCANTEC.

1. La protection sociale des agents affiliés à la CNRACL

Les fonctionnaires territoriaux affiliés à la CNRACL, effectuant au moins 28 heures par semaine, sont affiliés à un régime spécial de sécurité sociale.

Ce régime spécial est déterminé juridiquement à la fois par des dispositions prévues par le code de la sécurité sociale (articles L711-1 et R711-1) mais également par des dispositions statutaires.

En effet, l'article 20 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires stipule que les fonctionnaires sont affiliés à des régimes spéciaux de retraite et de sécurité sociale.

Les obligations qui résultent de ce régime spécial et qui s'imposent aux collectivités sont mentionnées par l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984. Les conditions de mise en application des prestations relatives aux maladies, maternité, adoption, accident ou maladie imputables au service sont précisées par le décret d'application n° 87-602 du 30 juillet 1987, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.

Celles relatives au capital décès sont précisées dans les articles D.712-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

En conclusion, l'ensemble des obligations qui s'imposent aux collectivités concerne :

- Le versement du capital décès,
- La prise en charge des indemnités journalières en cas de maladie, maternité, adoption,
- Les indemnités journalières et les frais médicaux en cas d'accident et maladie imputable au service.

Ces dispositions doivent être complétées par le décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 toujours en vigueur, qui permet une égalité de régime entre les dispositions de la sécurité sociale, notamment pour la majoration à appliquer pour les parents de trois enfants. Ce décret fixe également les conditions de prise en charge de la disponibilité d'office pour maladie et l'allocation d'invalidité temporaire.

Seuls les frais médicaux liés à la maladie et à la maternité demeurent à la charge de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Les agents stagiaires affiliés à la CNRACL sont soumis au décret n° 77-812 du 13 juillet 1977. Ils bénéficient d'une protection identique à celle des agents titulaires, à l'exception du risque « décès » et des conséquences liées à l'incapacité physique en fin de droits statutaires.

Tableau récapitulatif

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Congé de maladie ordinaire	• 3 mois à plein traitement (application de la journée de carence depuis le 1^{er} janvier 2018) • 9 mois à demi-traitement élevé aux 2/3 si 3 enfants à charge • Décompte des droits selon l'année de référence mobile	1 an maximum	Avis obligatoire du comité médical pour : • La prolongation du congé de maladie au-delà de 6 mois consécutifs • La réintégration après 12 mois consécutifs
Congé de longue maladie (liste fixée par l'arrêté ministériel du 14 mars 1986)	• 1 an à plein traitement • 2 ans à demi-traitement élevé aux 2/3 si 3 enfants à charge	3 ans maximum (périodes de 3 à 6 mois)	Avis obligatoire du comité médical pour l'octroi, le renouvellement et la réintégration Nouveau droit possible après un an de réintégration
Congé de longue durée (tuberculose, maladie mentale, cancer, poliomyélite, déficit immunitaire)	• 3 ans à plein traitement • 2 ans à demi-traitement	5 ans maximum (périodes de 3 à 6 mois)	Avis obligatoire du comité médical pour : • L'octroi, le renouvellement et la réintégration • Attribué à l'expiration des droits à plein traitement d'un CUM dans la limite de la liste des 5 pathologies • Droit à 1 seul CLD par affection au cours de la carrière

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Temps partiel thérapeutique (ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017)	Versement du plein traitement, sans que la qualité de travail ne puisse être inférieure à 50 %	Accordé : • par période de 3 mois après un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie, un congé de longue durée (limité à 1 an par affection) • par période de 6 mois renouvelable 1 fois après un accident de service ou une maladie professionnelle	• Avis du médecin traitant et du médecin agréé sur quotité et durée • En cas d'avis discordants, avis du comité médical pour les arrêts au titre de la maladie et de la commission de réforme pour les accidents de service ou les maladies professionnelles
Disponibilité d'office pour maladie (à l'issue des droits statutaires)	• Sans traitement sauf si l'agent remplit les conditions de la sécurité sociale, possibilité d'indemnités de coordination à la charge de l'employeur	• 1 an renouvelable 2 fois, • 1 dernier renouvellement possible si une reprise est prévisible (la durée de versement des indemnités de coordination inclut les droits statutaires déjà acquis)	• Avis du comité médical • Avis de la CPAM • Avis de la commission de réforme lors du 3^{ème} renouvellement

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Disponibilité d'office pour maladie (à l'issue des droits statutaires)	• Si plus de droits ouverts à d'autres titres, possibilité de percevoir une allocation d'invalidité temporaire versée par l'employeur	Jusqu'à la reprise d'activité ou mise à la retraite anticipée et au plus tard à 60 ans	• Avis de la CPAM • Avis de la commission de réforme
Accident de service ou maladie professionnelle (ou congé pour invalidité temporaire imputable au service, issu de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017)	Intégralité du traitement et remboursement des honoraires médicaux et des frais entraînés par la maladie ou l'accident	Jusqu'à la reprise ou l'admission à la retraite. Mais, les prestations en nature justifiées restent à la charge de l'employeur même après la mise à la retraite	• Reconnaissance par l'employeur par le biais d'un arrêté • Saisie de la commission de réforme en cas de non reconnaissance par l'employeur

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Congé de maternité	Maintien du plein traitement (si l'agent est à temps partiel, il bénéficie d'un rétablissement de ses droits à plein traitement)	Congé légal de maternité : • 16 semaines (26 semaines si 3 enfants et plus à charge) Congé pour naissance multiple : • 34 semaines pour naissance gémellaire • 46 pour naissance de plus de deux enfants Etat pathologique : • 2 semaines au titre de la grossesse pathologique • 4 semaines au titre des couches pathologiques	La constatation de grossesse doit être effectuée avant la fin du troisième mois et déclarée à l'autorité territoriale avant la fin du 4ème mois. La demande de congé est adressée à l'autorité territoriale avec les pièces nécessaires pour déterminer le rang de l'enfant. Des mesures spécifiques sont envisagées en cas d'accouchement prématuré, tardif ou de demande de report.
Congé d'adoption	Maintien du plein traitement (si l'agent est à temps partiel, il bénéficie d'un rétablissement de ses droits à plein traitement)	• 10 semaines (18 semaines si 3 enfants et plus à charge) • 22 semaines pour adoption multiple	Justificatif de l'organisme chargé du placement de l'enfant

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Congé de paternité et d'accueil de l'enfant	Maintien du plein traitement (si l'agent est à temps partiel, il bénéficie d'un rétablissement de ses droits à plein traitement)	• 11 jours en cas de naissance d'un enfant • 18 jours en cas de naissance multiple	A prendre dans les 4 mois de la naissance de l'enfant Remboursement par la Caisse des Dépôts et Consignations sur demande de l'employeur (Décret n° 2002-1301 du 25 octobre 2002). La part résiduelle peut être prise en charge par l'assurance statutaire, le cas échéant.
Décès ⁵	Avant l'âge légal de l'agent à la retraite : Versement d'un capital aux ayants droit égal à quatre fois le montant forfaitaire du capital décès prévu par le régime général + une majoration pour enfants ;		Ayants droit : • 1/3 au conjoint • 2/3 aux enfants (ou ascendants à charge)
	Des dispositifs spécifiques sont prévus en cas de décès suite à un accident de service, une maladie professionnelle, un attentat, une lutte dans l'exercice des fonctions ou un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver une vie d'une ou plusieurs personnes. Dans ces cas, le capital est égal à 12 fois le montant du dernier traitement brut mensuel perçu par le fonctionnaire décédé.		

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Décès ⁵	Après l'âge légal de l'agent à la retraite ou stagiaire : Il est égal à celui prévu par le régime général		
Infirmité de guerre	Maintien du traitement	2 ans maximum	

⁵ Le capital décès est égal à 13 800 €. Toutefois, en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle, le capital décès est égal à 12 fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel du défunt. Il est versé 3 années de suite, à hauteur du même montant, en cas de décès du fonctionnaire à la suite :

- D'un attentat ou d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions,
- Ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes. Le 1^{er} versement a lieu au décès du fonctionnaire, et les deux autres, au jour anniversaire de l'évènement à l'origine du décès. Chaque enfant bénéficiaire du capital décès reçoit une somme complémentaire de 833,36 €.

Remarque :

L'avis du comité médical n'est qu'un simple avis qui ne lie par l'autorité territoriale. Elle demeure libre de le suivre ou pas. Or, les assureurs suivent, en règle générale, l'avis émis par le comité médical ou la commission de réforme. La position des assureurs limite ainsi la libre administration des collectivités.

2. La protection sociale des agents relevant du régime général et affiliés à l'IRCANTEC

La particularité de la protection sociale pour ces agents vient de la superposition de deux régimes qui s'applique (celle relative à la sécurité sociale et celle relative aux dispositions statutaires qui s'imposent aux collectivités).

Cette particularité est d'autant plus contraignante qu'aucune consultation entre les organismes n'est prévue, ce qui, dans la pratique, peut être problématique en cas d'avis divergents.

Seule la circulaire du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux précise qu'une position commune doit être recherchée, ce qui est rarement le cas.

2.1. La protection sociale des agents stagiaires et titulaires à temps non complet non affiliés à la CNRACL

Les agents stagiaires et titulaires à temps non complet non affiliés à la CNRACL sont rattachés au régime de la sécurité sociale suivant les conditions d'attribution du code de la sécurité sociale.

Mais statutairement, les collectivités locales sont liées par le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet. Les agents bénéficient des dispositions des articles 34 et suivants de ce décret.

Les collectivités ont la faculté de se subroger dans les droits de leurs agents pour percevoir les prestations en espèces de la sécurité sociale lorsque les conditions d'attribution du code de la sécurité sociale le permettent.

Tableau récapitulatif

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Congé de maladie ordinaire	• 3 mois à plein traitement (application de la journée de carence depuis le 1^{er} janvier 2018) • 9 mois à demi-traitement élevé aux 2/3 si 3 enfants à charge • Déduction faite des indemnités journalières de la sécurité sociale si l'agent effectue plus de 150 heures par trimestre • Décompte des droits selon l'année de référence mobile	1 an maximum	Avis obligatoire du comité médical pour : • La prolongation du congé de maladie au-delà de 6 mois consécutifs • La réintégration après 12 mois consécutifs
Congé de grave maladie	• 1 an à plein traitement • 2 ans à demi-traitement élevé aux 2/3 si 3 enfants à charge • Déduction faite des indemnités journalières de la sécurité sociale si l'agent effectue plus de 150 heures par trimestre	3 ans maximum (périodes de 3 à 6 mois)	Avis obligatoire du comité médical pour : • L'octroi, le renouvellement et la réintégration Nouveau droit possible après un an de réintégration

Nature de l'évènement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Disponibilité d'office pour maladie (à l'issue des droits statutaires)	Sans traitement (possibilité de maintien des prestations en espèces du régime général ou pension d'invalidité)	• 1 an renouvelable 2 fois • 1 dernier renouvellement possible si une reprise est prévisible	• Avis du comité médical • Avis de la CPAM
Accident de travail ou maladie professionnelle	3 mois à plein traitement par l'employeur (déduction faite des indemnités journalières de la sécurité sociale) puis placé en congé pour accident sans traitement Prise en charge des frais médicaux par la sécurité sociale	Pendant la période d'incapacité de travail par la sécurité sociale après les obligations statutaires	La reconnaissance du caractère professionnel incombe à la CPAM
Congé de maternité	Maintien du plein traitement (déduction faite des indemnités versées par la sécurité sociale)	Congé légal de maternité : • 16 semaines (26 semaines si 3 enfants et plus à charge) Congé pour naissance multiple : • 34 semaines pour naissance gémellaire • 46 pour naissance de plus de deux enfants	La constatation de grossesse doit être effectuée avant la fin du troisième mois et déclarée à l'autorité territoriale avant la fin du 4 ^{ème} mois.

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Congé de maternité		Etat pathologique • 2 semaines au titre de la grossesse pathologique • 4 semaines au titre des couches pathologiques	La demande de congé est adressée à l'autorité territoriale avec les pièces nécessaires pour déterminer le rang de l'enfant. Des mesures spécifiques sont envisagées en cas d'accouchement prématuré, tardif ou de demande report.
Congé d'adoption	Maintien du plein traitement (déduction faite des indemnités versées par la sécurité sociale)	Congé légal d'adoption : • 10 semaines (18 semaines si 3 enfants et plus à charge) • 22 semaines pour adoption multiple	Justificatif de l'organisme chargé du placement de l'enfant
Congé de paternité et d'accueil de l'enfant	Maintien du plein traitement (déduction faite des indemnités versées par la sécurité sociale)	• 11 jours en cas de naissance d'un enfant • 18 jours en cas de naissance multiple	A prendre dans les 4 mois de la naissance de l'enfant

2.2. La protection sociale des agents contractuels de droit public

Les agents contractuels de droit public sont également rattachés au régime de la sécurité sociale suivant les conditions d'attribution du code de la sécurité sociale.

Mais statutairement, les collectivités locales sont liées par le décret n° 88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale (voir le titre III).

Les collectivités ont également la possibilité de se subroger dans les droits de leurs agents pour percevoir les prestations en espèces de la sécurité sociale lorsqu'également le code de la sécurité sociale le permet.

Tableau récapitulatif

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Congé de maladie ordinaire	1) ancienneté < 4 mois : néant 2) ancienneté entre 4 mois et 2 ans : • 1 mois 100 % traitement • 1 mois 50 % traitement 3) ancienneté entre 2 et 3 ans : • 2 mois 100 % traitement • 2 mois 50 % traitement 4) ancienneté > 3 ans : • 3 mois 100 % traitement • 3 mois 50 % traitement (application de la journée de carence depuis le 1^{er} janvier 2018) • Déduction faite des indemnités journalières de la sécurité sociale si l'agent effectue plus de 150 heures par trimestre • Décompte des droits selon l'année de référence mobile ou en cas de services discontinus sur une période de 300 jours continus	Employeur : Indemnisation liée à l'ancienneté Puis prise en charge par la Sécurité Sociale si les conditions sont réunies	Certificat d'arrêt de travail

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Congé de grave maladie	Si ancienneté de 3 ans : • 1 an à plein traitement • 2 ans à demi-traitement élevé aux 2/3 si 3 enfants à charge • Déduction faite des indemnités journalières de la sécurité sociale si l'agent effectue plus de 150 heures par trimestre	3 ans maximum (périodes de 3 à 6 mois)	Avis obligatoire du comité médical pour l'octroi, le renouvellement et la réintégration Nouveau droit possible après un an de réintégration
Congé sans traitement à l'issue des droits statutaires	Sans traitement (maintien des prestations en espèce du régime général ou pension d'invalidité)	1 an renouvelable 6 mois	

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Accident de travail ou maladie professionnelle	• Dès l'entrée en fonction : 1 mois : 100 % traitement • Entre 1 et 3 ans : 2 mois : 100 % traitement • Ancienneté > 3 ans : 3 mois 100 % traitement (déduction faite des indemnités journalières de la sécurité sociale) puis placé en congé pour accident sans traitement Prise en charge des frais médicaux par la sécurité sociale	Employeur : Indemnisation liée à l'ancienneté Puis prise en charge par la Sécurité Sociale si les conditions sont réunies	La reconnaissance du caractère professionnel incombe à la CPAM

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Congé de maternité	Si ancienneté de 6 mois : Maintien du plein traitement (déduction faite des indemnités versées par la sécurité sociale)	Congé légal de maternité : • 16 semaines (26 semaines si 3 enfants et plus à charge) Congé pour naissance multiple : • 34 semaines pour naissance gémellaire • 46 pour naissance de plus de 2 enfants Etat pathologique : • 2 semaines au titre de la grossesse pathologique • 4 semaines au titre des couches pathologiques	La constatation de grossesse doit être effectuée avant la fin du troisième mois et déclarée à l'autorité territoriale avant la fin du 4^{ème} mois. La demande de congé est adressée à l'autorité territoriale avec les pièces nécessaires pour déterminer le rang de l'enfant. Des mesures spécifiques sont envisagées en cas d'accouchement prématuré, tardif ou de demande report.

Nature de l'événement	Garanties statutaires	Durée de l'indemnisation	Conditions de mise en application
Congé d'adoption	Si ancienneté de 6 mois : Maintien du plein traitement (déduction faite des indemnités versées par la sécurité sociale)	Congé légal d'adoption : • 10 semaines (18 semaines si 3 enfants et plus à charge) • 22 semaines pour adoption multiple	Justificatif de l'organisme chargé du placement de l'enfant
Congé de paternité et d'accueil de l'enfant	Ancienneté 6 mois : Maintien du plein traitement (déduction faite des indemnités versées par la sécurité sociale)	• 11 jours en cas de naissance d'un enfant • 18 jours en cas de naissance multiple	A prendre dans les 4 mois de la naissance de l'enfant

Remarque :

Pour les contrats à durée déterminée, la prise en charge financière n'est due que pendant la durée du contrat restant à courir ; elle ne peut pas se poursuivre après le terme du contrat, même si l'agent est encore en arrêt maladie.

3. L'utilité de l'assurance liée aux obligations statutaires

S'il convient de conseiller aux collectivités et établissements publics de s'assurer contre le risque statutaire, l'étendue et l'intensité de la garantie doivent être modulées en fonction des typicités des employeurs (taille, activités, politique RH...).

3.1. Pour qui ?

Le référentiel relatif à la taille et à l'effectif des collectivités est variable selon les compagnies d'assurance. En règle générale, on considère qu'une collectivité de petite taille a un effectif inférieur à 30 agents (ou inférieur à 50 agents).

3.1.1. Les collectivités employant moins de 30 agents

Les collectivités les plus exposées au risque statutaire sont les plus petites (moins de 30 agents) : en effet, vu leur faible effectif, le remplacement des agents en arrêt maladie est quasiment indispensable et le surcoût généré peut vite augmenter, en proportion, les charges de personnel de façon considérable.

Aussi, il apparaît indispensable de s'assurer pour l'ensemble des risques, que ce soit pour les risques lourds (accident de service, décès, maladie professionnelle, longue maladie, longue durée), ou pour des risques plus communs (maladie ordinaire).

De plus, si une collectivité de petite taille souscrit un contrat d'assurance statutaire dans le cadre d'un contrat-groupe, elle bénéficie d'un taux d'assurance mutualisé, qui ne tient pas compte de sa seule sinistralité et qui résulte de la solidarité entre les collectivités qui adhèrent au contrat-groupe.

3.1.2. Les collectivités employant entre 30 et 350 agents

Les collectivités de taille intermédiaire (entre 30 et 350 agents) doivent évaluer les risques encourus et s'assurer prioritairement contre les risques dont la survenance peut générer un coût élevé (par exemple, un accident de service).

Elles doivent également s'interroger sur leur activité professionnelle : nécessite-t-elle un remplacement systématique des agents absents ou bien le service peut-il être rendu avec un effectif moindre ? Par exemple, un service scolaire ou un service de collecte de déchets devront remplacer poste pour poste dès le premier jour d'arrêt des agents, sauf à disposer en interne d'une brigade « volante » ou au niveau d'encadrement requis (ALSH, crèches...).

3.1.3. Les collectivités employant plus de 350 agents

Les grandes collectivités (plus de 350 agents) doivent mesurer l'écart entre le coût de l'assurance et le besoin en personnel de remplacement, ainsi que le risque financier qu'elles sont susceptibles de prendre. En effet, leurs effectifs leur permettent souvent de ne pas remplacer les agents en arrêt. Des systèmes tels que la « réassurance » ou l'assurance dite « au second risque » peuvent être opportuns : il s'agit de s'assurer au-delà d'un certain seuil jugé acceptable par la collectivité ou lorsque la sinistralité de la collectivité dépasse celle des collectivités comparables.

Néanmoins, la question de l'assurance pour les risques « décès » et « accident » mérite d'être posée : les conséquences pécuniaires sont difficilement évaluables et peuvent s'avérer très lourdes, notamment pour les suites des accidents (du fait de la prise en charge des frais médicaux).

Les collectivités qui optent pour le système de l'auto-assurance, notamment pour des raisons budgétaires, sont tenues au remboursement de la totalité des dépenses éligibles, sans possibilité d'anticiper et d'évaluer les coûts.

3.2. Pour quoi ?

La survenance du risque est toujours aléatoire. Toutefois, dans un souci de précaution financière, les collectivités doivent évaluer le coût de chaque risque et sa probabilité.

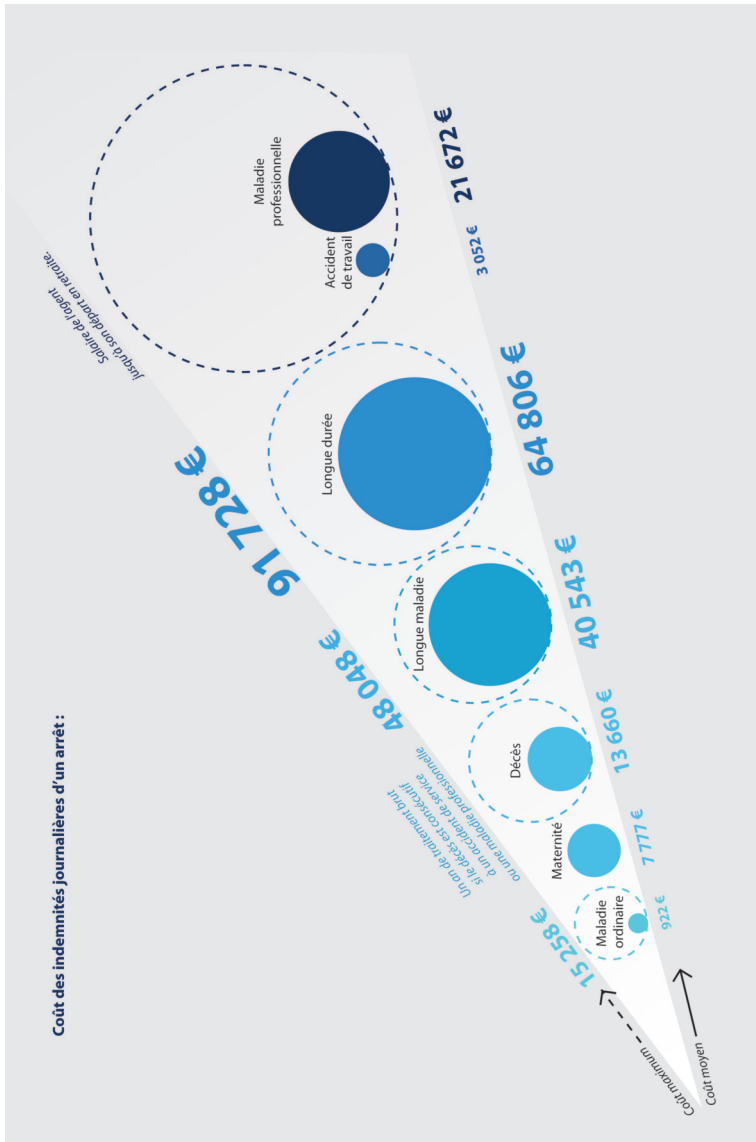
Aussi est-il utile de distinguer le risque courant (exemple : maladie ordinaire) du risque aléatoire (exemple : décès, maladie imputable au service) dont la survenance engendre de lourdes conséquences financières.

Les risques aléatoires méritent d'être garantis, au moins en partie, car leur gravité et/ou leur durée constituent une épée de Damoclès pour les collectivités.

Il peut être utile de rappeler que les risques peuvent concerner, suivant les cas, la prise en charge des prestations en espèces, ainsi que des prestations en nature.

Les prestations en espèces sont des indemnités qui tendent à compenser la perte de salaire subie par l'agent suite à un arrêt de travail médicalement justifié.

Les prestations en nature sont le remboursement des frais médicaux engagés par l'agent malade.



Source : chiffres Sofaxis 2013

La question du remplacement doit également être posée : s'il apparaît nécessaire, l'assurance va permettre de dégager la ressource financière utile pour y faire face, et va donc lisser la dépense en épongeant le surcoût budgétaire.

Il serait intéressant d'étudier la possibilité pour les collectivités de s'assurer pour une partie seulement de leurs agents (par exemple, pour le personnel qui travaille dans les crèches).

Dans la mesure où ne seraient concernés que les services à fort risque d'absentéisme, le taux de l'assurance serait plus élevé mais il pourrait être intégré dans le coût de revient du service et pris en compte dans la tarification perçue sur les usagers. De plus, la collectivité y verrait un intérêt immédiat car elle disposerait de la ressource financière pour effectuer les remplacements qui sont indispensables.

3.2. *Comment ?*

Il est conseillé d'étudier attentivement les différentes couvertures proposées : l'effet « tarif » peut sembler immédiatement avantageux pour le budget de la collectivité. Toutefois, l'analyse ne doit pas omettre la qualité des garanties proposées : étendue des prestations, recours à des services de conseils juridiques experts, reprise des antécédents, contrôle médical, statistiques...

Un autre point important est à vérifier : la technique de gestion des risques adoptée par l'assureur. Cela a une incidence importante sur la gestion des sinistres dans le temps, en cas de résiliation du contrat.

Répartition	Capitalisation
L'assureur cesse le versement des prestations dues à compter de la date de résiliation du contrat, y compris pour les sinistres survenus avant.	L'assureur continue le versement des prestations pour les sinistres déclarés avant la résiliation du contrat.

De plus, les possibilités de franchise de remboursement sont à prendre en considération. Il s'agit d'évaluer pendant quelle durée la collectivité peut se passer du remboursement de l'absence.

L'instauration d'une journée de carence à partir du 1^{er} janvier 2018 conduit à réfléchir à la stratégie des collectivités : d'une part, les arrêts de courte durée devraient être significativement moins nombreux et d'autre part, la retenue d'1/30^{ème} qui sera opérée sur la rémunération viendra en partie compenser le surcoût en cas de remplacement de l'agent.

Enfin, il est utile d'examiner la politique menée dans la collectivité en matière de lutte contre l'absentéisme : y-a-t-il une politique de contrôle régulier des arrêts maladie ? Une pénalisation de l'absentéisme ?

En conclusion, bien qu'ayant un caractère facultatif, l'assurance statutaire peut être une solution de gestion à ne pas négliger. Elle constitue une sage précaution financière qu'il convient néanmoins d'adapter aux besoins de chaque collectivité.

Les prestations prises en charge par l'assureur doivent correspondre aux garanties statutaires et tenir compte des évolutions législatives et réglementaires.

L'assureur ne peut appliquer aucune exclusion (ex : suicide, alcoolémie), sauf guerres étrangères et guerres civiles.

Les prestations doivent être revalorisées au regard de l'augmentation des traitements.

Pour la gestion des sinistres, l'assureur peut proposer des services annexes (contrôle médical, expertises...).

De plus, les CDG peuvent apporter leur expertise en matière de ressources humaines et accompagner les collectivités dans leur politique de lutte contre l'absentéisme.

Des outils de pilotage peuvent être créés et alimentés afin d'orienter les politiques : les instances médicales consultatives (comité médical, commission de réforme), la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et les enquêtes (Bilan social⁶, RASST⁷, Handitorial⁸...) constituent des aides à la décision que les collectivités peuvent mobiliser en s'appuyant sur les CDG.

⁶ Le Bilan social a fait l'objet d'une mutualisation d'un applicatif dédié à l'échelle nationale et dont le développement a été piloté par le CIG de la Grande Couronne en partenariat avec l'ANDCDG et la FNCDG. Les données sociales des collectivités sont ainsi recueillies de façon homogène sur l'ensemble du territoire, permettant des comparatifs aux différentes échelles géographiques avec les collectivités de même strate.

⁷ Le décret n° 85-603, dans son article 49, précise que ce rapport annuel doit être élaboré par les employeurs publics et présenté au CHSCT (comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail) de la collectivité. Une synthèse de ces rapports est ensuite adressée au CSFPT par les CDG.

Ce rapport recense :

- Les accidents de travail et de service ;
- Les accidents de trajet ;
- Les maladies professionnelles.

Ces éléments font l'objet d'une déclinaison par filière / type d'activité / tranche d'âge / éléments matériels.

Cette enquête poursuit trois objectifs :

- **Dresser un état des lieux** des accidents de travail, de trajet et des maladies professionnelles ;
- **Affiner la connaissance** sur les caractéristiques des accidents et maladies professionnelles ;
- **Alimenter et renforcer le dialogue social** grâce à la présentation de l'enquête au CHSCT ou comité technique de chaque collectivité.

Hormis son intérêt évident en matière de prévention des risques professionnels, cette enquête s'inscrit dans une approche complémentaire indispensable à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

⁸ Les centres de gestion volontaires ont décidé de créer un observatoire du handicap et de l'invalidité avec l'aide du FIPHFP (Handitorial). Cette enquête en ligne s'intéresse notamment au champ de l'invalidité sous toutes ses formes (avis d'invalidité et leurs conséquences, aménagement de poste ou de conditions de travail, changement d'affectation, reclassement...) apportant ainsi un éclairage qualitatif inédit sur ce processus de transition qui guette toutes les organisations : comment accompagner les salariés dans leur poste tout au long de la vie, en particulier sur les postes repérés comme à forte pénibilité ? Handitorial s'intéresse surtout aux métiers / filières concernés par le maintien dans l'emploi afin d'agir en conséquence sur les mesures de prévention.

Au-delà de la question du handicap, l'enjeu est le maintien dans l'emploi et de l'aménagement éventuel du statut, tel que la création d'une situation administrative permettant la reconversion professionnelle qui reste toujours en attente des décrets d'application.

FICHE N° 5 /
Le modèle économique

Fiche n° 5

LE MODÈLE ÉCONOMIQUE

1. *Le rapport sinistre / prime*

Les ressources des assureurs viennent en grande partie des primes versées par les assurés, et partiellement des recettes de leurs placements financiers. Leurs dépenses sont essentiellement le coût des sinistres indemnisés et leurs frais de fonctionnement. Pour connaître le pourcentage de leurs dépenses par rapport à leurs recettes, les assureurs calculent leur ratio de sinistres/primes (ou ratio combiné).

Pour le déterminer, on divise le coût des sinistres par les primes encaissées. Ce ratio peut être calculé globalement, ou pour chaque assuré, en fonction des risques qu'il représente.

Le ratio combiné

Le ratio combiné est un des indicateurs de référence des assureurs. Il leur permet de mesurer leur rentabilité.

Il s'agit donc du rapport entre ce que l'assureur décaisse (les sinistres réglés aux assurés, les commissions versées aux réseaux de distribution, ses frais généraux) et ce qu'il encaisse (les primes versées par les assurés).

Cet indicateur de référence combine deux ratios : le ratio de sinistralité et le taux de chargement.

Le ratio sinistralité

Il mesure le coût des sinistres par rapport au montant des primes encaissées. On parle communément de « S/P ».

Le coût des sinistres couvre les indemnités effectivement versées aux assurés mais aussi les charges estimées correspondant aux sinistres en cours et aux provisions :

- Les sinistres connus mais non réglés,
- Les sinistres survenus mais dont l'assureur n'a pas encore connaissance,
- Les sinistres passés dont le montant des dommages est réajusté.

L'analyse du ratio de sinistralité permet d'apprécier l'efficacité technique d'un assureur.

Remarque : rapport sinistres/primes – S/P ou rapport prestations/cotisations – P/C, les deux appellations ont cours.

L'activité assurantielle étant par son essence même ce que l'on appelle un cycle de production inversée (c'est-à-dire une activité dont on ne connaît le prix de revient qu'après l'avoir vendue, au contraire d'une activité classique où on connaît le prix de revient avant la vente), le S/P est l'indicateur qui permet de savoir si les primes et les produits financiers ont permis de couvrir les sinistres. Si le S/P est inférieur à 100 %, les sinistres sont inférieurs aux primes et l'activité est rentable ou au moins équilibrée. Si c'est le contraire, les sinistres sont supérieurs aux primes et l'activité est déficitaire.

Les sinistres s'entendent toujours sinistres payés plus provisions (voir infra).

Dans la plupart des cas, ce calcul se fait avec les primes brutes, c'est-à-dire incluant les frais de l'organisme d'assurance.

Du fait que les assureurs doivent constituer des fonds propres appelés marge de solvabilité, une activité qui dégage un S/P de 100 % ne s'autofinance pas.

Le taux de chargement

Le ratio de sinistralité ne peut à lui seul refléter la rentabilité technique d'une activité. En effet, il n'intègre pas les coûts de commercialisation et de gestion : commissions versées aux intermédiaires (agents, courtiers, etc.), coûts d'administration des contrats, frais de gestion des sinistres.

Le rapport entre ces coûts et les primes encaissées est mesuré par le taux de chargement.

Exprimé en pourcentage, le ratio combiné est à l'équilibre à 100 %, provisions incluses. A ce seuil, l'assureur ne perd ni ne gagne d'argent. Inférieur à ce seuil, l'assureur est techniquement rentable sur son activité, car le montant des primes encaissées excède les dépenses engagées. Plus le ratio combiné baisse, plus le résultat technique s'améliore.

2. Les provisions

En vue de garantir la sécurité des assurés, la société d'assurance doit constituer des réserves (provisions techniques) à partir de tout ou partie des primes. Les provisions techniques sont constituées pour faire face aux sinistres futurs pour les risques dont la prime a déjà été encaissée. Elles doivent répondre au principe imposé par le législateur qui est celui des engagements réglementés et doivent à tout instant être représentées par des actifs équivalents. Elles doivent donc être constituées pour faire face aux engagements envers les assurés et les bénéficiaires du contrat, et leur montant doit être suffisant pour le règlement intégral de ces engagements. De ce fait, elles font l'objet d'une surveillance particulièrement attentive de la part de l'autorité de contrôle.

Les provisions techniques sont inscrites au Passif du Bilan d'une compagnie d'assurance. C'est le poste le plus spécifique de l'assurance, le plus important du passif (60 % à 80 % du total).

Il existe de nombreuses sortes de provisions. Pour des risques du type IARD (Incendie, Accidents et Risques Divers) relatifs aux biens, et pour les risques d'assurance de personnes dits « courts » du fait de la durée « courte » du cycle de production depuis l'entrée des liquidités via cotisation jusqu'au décaissement en cas de sinistre (c'est le cas de l'assurance décès, des frais de soin liés aux arrêts de travail), les deux principales provisions sont les provisions pour sinistres connus et les provisions pour sinistres inconnus :

- Les provisions pour sinistres connus correspondent aux sinistres dont l'assureur a eu connaissance, mais qu'il n'a pas encore pu régler à son assuré. Ces provisions peuvent être évaluées par une méthode « dossier-dossier ». Dans ce cas, pour chaque dossier de sinistre déclaré, l'assureur estime le montant probable du décaissement correspondant. Cette estimation est le plus fréquemment effectuée par les personnes en charge de la gestion du sinistre. L'autre méthode d'estimation de cette provision est une méthode globale, le plus fréquemment statistique, qui vise à établir le montant total des décaissements à prévoir sur les dossiers en cours ;

- Les provisions pour sinistres inconnus correspondent aux sinistres qui sont déjà survenus, mais dont l'assureur n'a pas encore connaissance. Cette provision est généralement établie de manière statistique par des actuaires.

Les provisions sont calculées à partir :

- De règles légales et réglementaires, notamment au sein du Code des Assurances ;
- De règles professionnelles déterminées aux termes de concertations ;
- De règles mathématiques, issues d'une modélisation, d'un point de vue statistique et probabiliste, des engagements de l'assureur.

Les provisions techniques doivent habituellement être positionnées dans des emplois financiers définis par la réglementation et assurant le maximum de sécurité et de liquidité (ex : les emprunts d'État).

Les provisions techniques correspondent à une part particulièrement importante du passif du bilan des compagnies d'assurance, et leur évaluation annuelle a par conséquent un impact important sur le résultat de la compagnie.

S'agissant des assurances de personnes, les provisions mathématiques, représentatives des engagements comptables résultent de l'application de tables de mortalité ou de survie.

Point de vigilance : la question des provisions est un point essentiel dans les négociations avec les assureurs dans les cas des assurances de personnes, et notamment en invalidité. Les provisions servent au calcul des cotisations. Si dans les assurances des entreprises privées, le détail « tête/tête » est exigé, tel n'est pas le cas pour les personnes de droit public. L'appréhension du rapport sinistre/prime est donc très difficile à établir et les négociations s'avèrent très complexes. La présentation consolidée des résultats par type de risque ou par collectivité ne permet pas d'évaluer ni le taux de chargement ni le taux de provisionnement. Toute sollicitation sur le montant des provisions suscite même des réactions véhémentes, le modèle de calcul actuariel selon le choix des tables de référence étant jugé comme relevant du secret industriel et commercial. On peut s'interroger sur le « deux poids/deux mesures » entre l'assurance des personnes de droit privé et l'assurance des personnes de droit public. Pourquoi ne pas envisager une convergence législative de ces droits ?

3. *Le principe indemnitaire*

En assurance, les prestations versées peuvent être de deux types : indemnitaire ou forfaitaire. D'un côté, le principe indemnitaire porte principalement sur les assurances de biens et de dommages corporels. De l'autre, le modèle forfaitaire concerne les assurances vie, obsèques ou décès.

La prestation indemnitaire

Le principe indemnitaire porte sur les biens ou les dommages corporels. Il s'agit d'un fondement de base de l'assurance qui consiste à ce qu'en cas de dommage matériel ou corporel subi par l'assuré, elle indemnise la victime en payant les conséquences du dommage, de la manière suivante :

- En fonction du préjudice subi ;
- Dans les limites des garanties souscrites ;
- Sans contribuer à l'enrichissement de l'assuré.

Ainsi, l'assurance agit comme un moyen de compenser une perte (par exemple, bien matériel, invalidité, décès accidentel). L'assuré est indemnisé en fonction de la nature du sinistre, ce qui signifie qu'une expertise peut être requise pour déterminer le montant du dédommagement.

En résumé, la prestation d'indemnisation, par définition, est calculée en fonction du préjudice subi, et non sur la base d'un capital au montant préétabli, versé lors d'un sinistre.

L'indemnisation forfaitaire

Le principe de l'indemnisation forfaitaire permet à l'assuré de déterminer une somme – ou un ensemble de prestations dans le cadre d'une assurance obsèques – indépendamment de la nature du préjudice subi.

Par définition, les assurances forfaitaires concernent principalement les assurances vie ou décès qui fonctionnent avec un capital ou une rente prédéfinie qui sera versée suivant les conditions du contrat.

Néanmoins, rien n'interdit à l'assuré de cumuler des prestations de type forfaitaire à d'autres de type indemnitaire versées par une autre assurance.

Par exemple, si une personne ayant souscrit une assurance décès meurt dans un accident de la route, le bénéficiaire du contrat touchera :

- Le montant du capital assuré (qui correspond au principe forfaitaire défini dans cet article) ;
- Les indemnités prévues dans son contrat auto ou moto, ou éventuellement versées par l'assureur du conducteur responsable de l'accident.

En résumé, le principe d'indemnisation forfaitaire ou indemnitaire dépend du type d'assurance choisi.

On relèvera que les assurances emprunteurs constituent un cas particulier : le contrat prévoit deux types de couvertures – soit une prestation indemnitaire, soit forfaitaire. La première est souvent proposée par les banques et peut comprendre un complément de perte de revenu – indemnisation mensuelle du montant correspondant à la différence entre les revenus en cas d'apparition de risques prévus par le contrat. Cette valeur n'est pas prise en compte dans l'assurance forfaitaire, qui couvre tout ou partie de la mensualité de l'emprunt suivant le pourcentage défini lors de la signature.

4. *Franchise et autoassurance*

La franchise

Une franchise prévue dans un contrat d'assurance est la somme restant à la charge de l'assuré (donc non indemnisée par l'assureur) dans le cas où survient un sinistre.

Les franchises ont différents rôles. Suivant les cas, elles permettent à l'assureur de supprimer les petits sinistres qui coûtent plus cher en frais de gestion qu'en indemnisation, l'assuré continuant à subir une perte en cas de sinistres, de diminuer son risque de ruine, en se protégeant contre un sinistre exceptionnel.

Le choix d'un assuré entre un contrat sans franchise ou avec franchise dépend de son estimation de sa probabilité de subir un sinistre. Pour l'assuré, les franchises permettent une diminution de la prime, en contrepartie d'une diminution des garanties.

Les différentes modalités de franchise :

- La franchise absolue : dans le cas de la franchise individuelle déduite, plus fréquent, la franchise est déduite du montant indemnisable. Dans ce cas, il n'y a indemnisation que si le montant du sinistre s'avère supérieur à la franchise. L'assuré n'aura droit alors qu'à la différence entre la franchise et le montant du sinistre. Ainsi, si la franchise est de 150 € et le sinistre de 200 €, la différence (50 €) pourrait seule être remboursée à l'assuré.
- La franchise proportionnelle : l'assuré conserve à sa charge une part proportionnelle du sinistre.
- La franchise relative : dans le cas de la franchise individuelle atteinte, l'assureur indemnise totalement les sinistres qui dépassent le montant de la franchise. La franchise peut être « simple » ou « relative ». L'assuré sera alors indemnisé de manière intégrale si le montant de la franchise est dépassé. Ainsi, lorsque la franchise est de 150 €, l'assuré ne percevra rien si le sinistre représente 100 €. Mais, s'il s'élève à 200 €, l'assuré pourra être intégralement remboursé.
- La franchise de sinistre : il peut se faire, dans le cas de la franchise annuelle, que l'assuré n'est indemnisé que lorsque le montant total de ses sinistres sur une année atteint un certain montant. Les franchises annuelles peuvent être atteintes ou déduites.
- La franchise cumulée : une même police d'assurance peut comporter différentes sortes de franchise. Par exemple en prévoyant une « indemnisation dès le premier euro des sinistres de plus de 250 €, à compter de 1 000 € de sinistres dans l'année, dans la limite de 80 % du montant du sinistre et de 3 millions d'euros par an ». Ce cas, qui met en évidence l'usage des plafonds, correspond dans l'ordre à une franchise individuelle atteinte de 250 €, une franchise annuelle atteinte de 1 000 €, une franchise proportionnelle de 20 % avec une limite de décaissement de 3 millions d'euros. La franchise appliquée est la combinaison des différentes franchises prévues au contrat.
- La franchise kilométrique : elle détermine le nombre de kilomètres à partir desquels l'assurance peut être mise en jeu. Ce type de franchise peut être applicable dans les contrats d'assurance de véhicules, sur la garantie assistance en cas de panne.
- La franchise en jours : l'assurance n'intervient qu'au-delà d'un certain nombre de jours comme il peut en exister sur la garantie incapacité de travail.

La clause de limite de décaissement :

L'assureur peut limiter son indemnisation totale sur l'année à un montant maximal déterminé dans la police. Cette clause permet ainsi à l'assureur de se prémunir contre un sinistre d'un montant exceptionnel. Elle peut être imposée par le réassureur à la compagnie d'assurance pour limiter son risque.

L'autoassurance

L'autoassurance est le fait pour une personne physique ou morale de constituer une réserve d'argent en prévision d'un préjudice potentiel qu'elle pourrait causer ou subir.

Il s'agit en général de la volonté pour une personne de ne pas souscrire de contrat d'assurance pour couvrir certains risques. Cette personne devient ainsi son propre assureur et décide donc d'assumer seule les conséquences financières du préjudice subi ou causé à autrui.

Toutefois, quelques assurances personnelles et professionnelles sont obligatoires. Parmi les plus importantes, on peut citer l'assurance automobile et l'assurance habitation pour un locataire. De plus, certaines professions réglementées ou relevant du secteur médical doivent nécessairement souscrire une assurance de responsabilité civile : avocat, médecin, agent ou courtier immobilier, expert-comptable, architecte, etc. Dans le bâtiment, les professionnels doivent quant à eux souscrire obligatoirement une assurance décennale (loi Spinetta).

En matière d'autoassurance, trois cas principaux peuvent être envisagés :

- L'assuré estime que son ou ses assurances coûtent trop cher. Afin de réaliser des économies, il choisit alors de résilier ses contrats.
- L'autoassurance peut être déclenchée de manière contrainte lorsque la résiliation devient effective à l'initiative de l'assureur. Celui-ci juge que l'assuré lui coûte trop cher et qu'il l'a trop sollicité pour obtenir des remboursements. Cette solution n'intervient en général qu'en dernier recours, après augmentation de la franchise et de la prime.
- L'Etat, les collectivités locales... sont leur propre assureur, notamment pour l'assurance chômage et le risque statutaire. S'ils peuvent passer une convention avec l'Unedic pour l'assurance chômage, ils peuvent s'assurer pour le risque statutaire.

Le choix de l'autoassurance peut être un choix risqué. Une étude préalable est indispensable pour mesurer les risques financiers encourus.

5. L'assistance des CDG, structures mutualisatrices

L'assurance des risques statutaires

En application de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, la collectivité ou l'établissement verse des prestations dues à l'agent, traitement et/ou frais médicaux en cas d'accident du travail, les indemnités journalières en cas de maladie, un capital en cas de décès...

Afin de compenser cette dépense pour les communes et les établissements concernés, les centres de gestion peuvent souscrire, pour le compte des collectivités de leur ressort, des contrats d'assurance les garantissant contre les risques financiers statutaires qu'elles supportent⁹.

Le principe de l'assurance statutaire consiste donc à couvrir les risques liés à l'indisponibilité physique des agents des collectivités et établissements publics qui sont leur propre assureur en la matière.

Aujourd'hui, la majorité des CDG proposent un « contrat groupe » d'assurance, garantissant les collectivités et établissements publics contre les risques financiers statutaires supportés en raison de l'absentéisme de leurs agents pour raison de santé. Le nombre de contrats et l'expertise des CDG permettent de faciliter, voire sécuriser les procédures de consultation, et de négocier auprès des opérateurs des garanties et des cotisations optimisées pour les agents CNRAEL et IRCANTEC, grâce à l'effet mutualisateur.

⁹ Article 26 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984. Il est à souligner l'incohérence d'une partie de cet article qui dispose que « les communes et établissements intéressés sont tenus de rembourser aux centres le montant des primes d'assurance dont ceux-ci sont redevables ». Or, les Centres de Gestion ne sont pas autorisés par le décret n° 85-643 qui régit leur budget, à percevoir des primes d'assurances ou à les avancer à un opérateur privé. Et de surcroît, le risque d'insolvabilité des centres de gestion, du fait de l'avance des cotisations, est réel.

La Protection sociale complémentaire¹⁰

Le régime des aides à la protection sociale complémentaire est organisé par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents¹¹.

Ce décret fixe le cadre permettant aux collectivités et à leurs établissements publics de verser une aide à leurs agents (publics ou privés) qui souscrivent à des contrats ou règlements de protection sociale complémentaire (santé ou prévoyance) répondant à des critères de solidarité. Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent ainsi :

- Soit aider les agents qui auront souscrit un contrat ou adhéré à un règlement dont le caractère solidaire aura été préalablement vérifié au niveau national, dans le cadre d'une procédure spécifique dite de « labellisation », sous la responsabilité de prestataires habilités à cette fin par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.
- Soit engager une procédure de mise en concurrence pour sélectionner un contrat ou un règlement remplissant les conditions de solidarité du décret. La collectivité conclut avec l'opérateur choisi, au titre du contrat ou du règlement ainsi sélectionné, une « convention de participation ». Ce contrat ou ce règlement est proposé à l'adhésion facultative des agents.

Les collectivités choisissent, pour la santé comme pour la prévoyance, entre l'une et l'autre de ces procédures. La participation financière est versée soit directement à l'agent (montant unitaire) soit via un organisme.

¹⁰ *La protection sociale complémentaire fait l'objet d'un livret spécifique au sein de la présente collection.*

¹¹ *Complété par 4 arrêtés et une circulaire :*

Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n° 2011-1474

Arrêté du 8 novembre 2011 relatif à la composition du dossier de demande d'habilitation des prestataires habilités à délivrer les labels pour les contrats et règlements ouvrant droit à participation à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique territoriale. Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation. Arrêté du 8 novembre 2011 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal officiel de l'Union européenne pour le choix des organismes en cas de convention de participation.

Circulaire du 25 mai 2012

Cependant, l'article 25 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 permet aux centres de gestion de conclure des conventions de participation conformes à ce décret. C'est ainsi que certains centres de gestion lancent des procédures de consultation pour le compte des collectivités et établissements publics de leur ressort en vue de la passation de conventions de participation permettant de couvrir le risque santé et le risque prévoyance (incapacité, invalidité, décès). Tout comme pour l'assurance statutaire, l'expertise des CDG et la mutualisation des demandes permettent d'obtenir des conditions plus avantageuses.

Cette mutualisation peut s'étendre à d'autres types de garanties : IARD, Cyber risques, ... Elle se traduit par la mise en œuvre de groupements de commandes dont le CDG est coordonnateur. A cette fin, les collectivités qui souhaitent rejoindre le groupement délibèrent pour autoriser l'exécutif à signer une convention de groupement. Parallèlement, les frais engagés par le coordonnateur sont remboursés par chaque collectivité adhérente au groupement, via une convention.

FICHE N° 6 /
Comment souscrit-on ?

Fiche n° 6

COMMENT SOUSCRIT-ON ?

1. *Les procédures d'achat*

1.1. *Le contrat d'assurance, un contrat administratif soumis aux règles de la commande publique*

Les contrats d'assurance sont régis par le Code des assurances mais également par le droit civil des contrats.

Cependant, depuis le décret n° 98-111 du 27 février 1998, les contrats d'assurance sont désormais soumis à la réglementation relative aux marchés publics (ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 et décret n° 2016-360 du 25 mars 2016).

Pour rappel, un marché public est un contrat administratif conclu à titre onéreux par un ou plusieurs acheteurs avec un ou plusieurs prestataires, pour répondre à leurs besoins en matière de travaux, de fournitures ou de services. Dès lors que le besoin a une valeur estimée égale ou supérieure à 25 000 € HT, les contrats doivent être conclus par écrit.

A noter : avant fin 2018, le Code de la commande publique viendra remplacer les textes actuels. *Les travaux de codification sont en cours et sont effectués à droit constant : la compilation des textes ne devrait donc s'accompagner d'aucune modification des règles juridiques existantes.*

1.2. *Le respect des grands principes de la commande publique*

Lorsque les acheteurs publics souhaitent recourir à un assureur pour la couverture de leurs risques, leur qualité les contraint à se conformer à des principes particuliers, issus du droit des marchés publics.

Ces principes doivent ainsi permettre d'assurer l'efficacité de la commande publique et la bonne utilisation des deniers publics.

- **La liberté d'accès à la commande publique** : toute personne doit avoir librement connaissance des besoins d'achat d'un acheteur public. Ce principe est notamment garanti par la publicité que les acheteurs publics diffusent pour faire connaître leurs besoins, et par la mise en concurrence exigée ;
- **L'égalité de traitement des candidats** : elle est applicable à tous les stades de la procédure et interdit toute discrimination : la rédaction du cahier des charges doit être objective et ne pas orienter le choix, toutes les offres arrivées dans le délai demandé doivent être examinées sans parti pris, tous les candidats doivent disposer d'une information équivalente ;
- **La transparence des procédures** : le terme de transparence impose non seulement qu'une publicité préalable soit réalisée, mais se traduit également lors de la rédaction des pièces du marché. L'acheteur public doit garantir à tous les soumissionnaires un degré de publicité adéquat permettant une libre concurrence et un contrôle de l'impartialité des procédures. La transparence s'impose à chacune des phases. L'acheteur public doit ainsi conserver la trace de tous les documents et échanges de la procédure. En dernier lieu, il doit justifier le choix du titulaire du marché et motiver le rejet des autres candidatures.

A noter : outre une sanction administrative en cas de recours devant le Tribunal administratif, le non-respect de ces principes peut faire l'objet d'une sanction pénale. Ainsi, le délit de favoritisme vise le fait de commettre un acte contraire aux dispositions législatives ou réglementaires qui garantissent la liberté d'accès et l'égalité des candidats dans les marchés publics.

1.3. *Le choix de la procédure*

Afin de sécuriser les opérations d'achat, la collectivité doit apporter une attention toute particulière au choix de la procédure.

La réglementation prévoit trois types de besoins : les travaux, les fournitures et les services. La différenciation entre ces trois catégories est substantielle puisque certaines règles de procédure diffèrent en fonction de la qualification du besoin (l'objet du marché) : pour leur part, les contrats d'assurance sont explicitement considérés comme des prestations de services (de type 6a).

La procédure change aussi en fonction de la valeur estimée du marché : pour calculer le seuil de procédure, l'acheteur public doit additionner le montant HT de l'ensemble des primes payées annuellement et le multiplier par la durée du marché. C'est ce montant global des prestations qui doit être comparé aux seuils.

Les seuils des marchés publics sont relevés tous les deux ans par la Commission européenne, puis appliqués en droit français. Ainsi, au 1^{er} janvier 2018, les seuils de procédure formalisée ont été relevés à 221 000 € HT pour les marchés de fournitures et de services des collectivités territoriales.

Ainsi,

- **En dessous de 25 000 € HT**, l'acheteur public peut lancer un marché sans publicité ni mise en concurrence préalables (article 30 I 8° du décret n° 2016-360). Il doit veiller à choisir une offre répondant de manière pertinente au besoin, à respecter le principe de bonne utilisation des deniers publics, et ne pas contracter systématiquement avec un même prestataire lorsqu'il existe une pluralité d'offres potentielles susceptibles de répondre au besoin. En pratique, il suffit d'envoyer son cahier des charges à un ou plusieurs assureurs ;
- **Au-delà de 25 000 € HT** mais en dessous de 221 000 € HT, l'acheteur public peut recourir à une procédure adaptée (MAPA – article 27 du décret n° 2016-360). La réglementation pose le principe de la liberté dans la détermination des règles de procédure pouvant être appliquées par les acheteurs publics. Ces règles sont à établir en fonction de l'objet du marché, de son montant et de ses caractéristiques. Une publicité est néanmoins imposée à partir de 90 000 € HT (JAL ou BOAMP). Les MAPA ont l'avantage d'ouvrir la possibilité de négocier. Le délai de consultation doit être raisonnable ;
- **Au-delà de 221 000 € HT**, l'acheteur public doit respecter une procédure formalisée pour passer son marché. Le plus souvent, c'est la procédure de l'appel d'offres (ouvert ou restreint – articles 66 et suivants du décret n° 2016-360) qui sera retenue ; plus accessoirement, la procédure concurrentielle avec négociation ou le dialogue compétitif (l'utilisation de ces dernières est très encadrée, voire même délicate à conduire pour la dernière). Les modalités de publicité et les délais de consultation sont imposés.

A noter :

- 1) à compter du 1^{er} octobre 2018, la dématérialisation complète des procédures de passation des marchés publics s'appliquera. Cela signifie que l'on ne tiendra plus compte du seuil actuel de 90 000€ HT. Il faudra procéder à la mise en ligne des dossiers de consultation dès 25 000 € HT. Les échanges d'informations et communications devront être faits par voie électronique. Enfin, la réponse électronique sera obligatoire.

Montant du marché	Publicité	Dématérialisation
- De 25 000 € HT	Dispense encadrée de publicité	Dispense
De 25 000 à 90 000 € HT	Publicité « adaptée »	1 ^{er} octobre 2018 : « TOUT DEMAT » à partir de 25000 € HT
De 90 000 à 221 000 € HT pour les services	Avis de marché publié dans un JAL ou au BOAMP	
À partir de 221 000 € HT pour les services	Avis de marché publié au BOAMP et au JOUE	

- 2) Afin de créer une force d'achat pour réaliser des économies, des groupements de commandes peuvent être constitués (article 28 de l'ordonnance n° 2015-899). Le groupement de commandes est l'association contractuelle de personnes morales de droit public (et, le cas échéant, de droit privé) aux fins de mutualisation de leurs achats et de passation de marchés en commun par le biais d'une procédure de passation unique. Ce sont aux membres du groupement de contractualiser, via une convention constitutive, les engagements de chaque membre et du groupement. Les organes délibérants seront donc appelés à statuer sur l'opportunité de former un groupement de commandes et dans l'affirmative, sur les modalités de fonctionnement (intégration plus ou moins forte) de celui-ci via la convention constitutive.

Il existe des mutualisations organisées par la loi : l'exemple le plus fréquent est celui des contrats groupe d'assurance statutaire des centres de gestion. Ces derniers permettent ainsi une couverture des collectivités adhérentes et apportent une expertise reconnue.

1.4. Quelques points de vigilance...

Recensement du patrimoine et évaluation des risques

La définition préalable des besoins est un concept fondamental de la commande publique. Toutes les informations nécessaires aux candidats pour connaître les éléments qu'ils peuvent potentiellement prendre en charge doivent leur être communiquées lors de la consultation.

En la matière, le recensement du patrimoine de l'acheteur est une étape substantielle. Un inventaire exhaustif doit donc être établi. L'évaluation des risques pour sa part présente les activités et les compétences exercées, ainsi que les caractéristiques essentielles de la collectivité (budget, masse salariale, surfaces des bâtiments, nombre d'habitants, etc.). Il appartient à l'acheteur public de définir ces éléments dans le cahier des charges. Par ailleurs, les garanties souhaitées et les montants y afférents, ainsi que les franchises, doivent être déterminés. L'analyse de la sinistralité au cours des trois dernières années s'impose également en vue de maîtriser son budget assurance.

En pratique, notamment pour les néophytes, l'attache d'un conseil spécialisé est souvent pertinente.

Publicité de la procédure

Les règles de procédure pouvant être appliquées sont à établir en fonction de l'objet du marché, de son montant et de ses caractéristiques. Cette question ne peut être appréhendée qu'au cas par cas. Lorsque les modalités de publicité ne sont pas imposées, elles doivent être suffisantes pour assurer une mise en concurrence efficace.

Durée raisonnable du marché

La durée du marché public doit être fixée selon les besoins de l'acheteur public, en fonction de la nature des prestations et de la nécessité d'une remise en concurrence périodique.

La fin de contrat sera le terme du marché. En pratique, il est recommandé de retenir une durée de trois ou quatre années. Cela permet une réévaluation des risques et d'obtenir un contrat actualisé et donc financièrement adapté.

Allotissement

Lors de la préparation de leurs marchés, les acheteurs publics doivent réfléchir à l'allotissement de leur marché. Cette notion demeure une règle de principe (le marché global étant l'exception) pour garantir un meilleur accès des entreprises aux marchés publics. Cela permettra également d'obtenir un maximum d'offres.

Négociation

Prévoir et engager efficacement une négociation lorsqu'elle est possible : cela a le mérite de clarifier les positions des parties et d'assurer une couverture optimale des risques.

Analyse des candidatures et des offres

Il est nécessaire d'apporter une attention particulière aux candidatures (notamment en cas d'intermédiaires). Concernant l'analyse des offres, les critères de choix seront portés à la connaissance des candidats dès la publicité. Ces critères doivent permettre à l'acheteur public de choisir l'offre économiquement la plus avantageuse. Bien évidemment, l'analyse doit respecter les critères initialement établis qui seront de préférence pondérés (obligatoire en procédure formalisée).

Concernant les réponses apportées, il est primordial d'imposer aux candidats de lister expressément les réserves qu'ils souhaitent apporter au cahier des charges et ne pas accepter les conditions générales en remplacement intégral du cahier des charges. En pratique, il convient d'avancer la primauté du cahier des charges rédigé par l'acheteur public sur tout autre document. Enfin, les variantes peuvent également permettre d'obtenir des alternatives intéressantes.

Fin de procédure

En fin de procédure, les obligations à l'égard des candidats diffèrent selon le type de procédure. En pratique, tout soumissionnaire qui voit son offre rejetée doit en être informé et les motifs de ce rejet doivent lui être précisés. Une attention particulière sera de mise quant à la rédaction des documents contractuels définitifs.

2. Les difficultés d'articulation avec le code des assurances

Le principe de continuité du service public, exorbitant du droit commun, contraint l'exécution « normale » du contrat d'assurance, de la phase précontractuelle à la fin de vie du contrat.

C'est surtout en matière d'exécution du contrat issu d'un marché public que se pose la difficulté de cohabitation entre le droit des assurances, des marchés publics et des contrats administratifs.

2.1. L'approche comptable du marché public d'assurance

Le contrat d'assurance est un contrat qui crée des obligations à la charge des deux parties.

L'acheteur public, en tant qu'assuré, aura pour obligation principale le paiement de la prime, aux échéances convenues dans le contrat. Le délai de paiement prescrit par le code des assurances est de dix jours. À compter de ce délai, l'assuré est mis en demeure de payer, et la garantie peut être suspendue trente jours plus tard.

Toutefois, la comptabilité publique est soumise au principe de la séparation entre l'ordonnateur et le comptable selon lequel les ordonnateurs prescrivent l'exécution des dépenses, alors que le comptable public est seul chargé de leur paiement, au vu notamment des titres présentés par les créanciers : les avis d'échéance. Cette démarche rend le délai de dix jours difficile à tenir.

C'est pourquoi le décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique est venu préciser le délai maximal de paiement applicable à l'État, aux collectivités et aux établissements publics étatiques et locaux. Il a indiqué que le délai est de trente jours, et qu'il court à compter de la date de réception de la demande de paiement par l'acheteur public qui a tout loisir de le contester s'il n'est pas conforme au service fait afin d'interrompre les délais de paiement.

2.2. L'évolution du risque et les modifications contractuelles

En cours de contrat, l'acheteur public a pour obligation d'informer l'assureur de la survenance d'un sinistre susceptible de mettre en jeu une garantie. Le délai de déclaration est prévu au contrat et ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés. En cas de déclaration hors délai, l'assuré encourt la déchéance de la garantie pour le sinistre en question si elle est prévue au contrat et que l'assureur démontre que cette défaillance de l'assuré lui a causé un préjudice.

En contrepartie, l'obligation principale de l'assureur est de régler une indemnité d'assurance lors de la survenance d'un sinistre, dans le délai prévu au contrat, sous peine de se voir sanctionner par des intérêts moratoires, voire des dommages-intérêts.

De plus, la faculté est laissée à l'assureur de dénoncer le contrat ou d'augmenter le montant de la prime, ce qui s'accorde assez mal avec les principes du droit des marchés publics. Même si cette situation apparaît comme un bon exemple d'incompatibilité entre le droit des assurances et les marchés publics, c'est le code des assurances qui s'applique et il y a peu de contentieux sur ce point.

2.3. La fin anticipée du marché et les capacités de résiliation

Des contrats d'assurance à durée ferme et connue

En ce qui concerne la durée du contrat d'assurance, il est utile de rappeler qu'eu égard aux principes fondamentaux de la commande publique, prévoir un marché à durée illimitée est interdit.

On se trouve ici en présence de solutions différentes entre le code des assurances et le décret de 2016 sur les marchés publics. En effet, alors que le code des assurances repose sur un principe d'annualité assorti d'une clause de tacite reconduction, le droit de la commande publique, dans le cadre d'une nécessaire remise en concurrence périodique, impose une durée ferme et connue lors de la passation, et prohibe la tacite reconduction illimitée.

La résiliation des marchés publics d'assurance et continuité du service public

Concernant la capacité de désengagement des parties, le code des assurances offre la possibilité aux assureurs de résilier unilatéralement le contrat, pour non-paiement de la prime, aggravation de risque en cours de contrat et pour aggravation de risque non déclarée.

Ces résiliations sont d'ordre public et peuvent donc être soulevées sans être prévues au contrat.

Cette faculté peut permettre une négociation avec l'assuré, avec pour conséquence éventuelle une augmentation des tarifs.

S'agissant de la faculté de résiliation annuelle, l'assuré ou l'assureur disposent de 10 mois pour résilier le contrat (du début de la période annuelle de garantie jusqu'à la date butoir fixée à deux mois avant la date de l'échéance suivante).

La question se pose de la compatibilité avec les dispositions des marchés publics et la continuité du service public, principe général du droit à valeur constitutionnelle.

En effet, la puissance publique, en vertu d'un principe général du droit administratif, dispose d'un pouvoir absolu et discrétionnaire en vertu duquel elle peut modifier unilatéralement ses contrats, dans l'intérêt public, ou résilier ses contrats, même en l'absence de faute du titulaire du marché. En dehors de toutes dispositions contractuelles expresses, l'acheteur public peut donc provoquer une fin anticipée du marché motivée par la préservation de l'intérêt général. L'application de ce droit exorbitant, directement transposable dans les marchés publics d'assurance, est assortie d'une contrepartie financière puisque la résiliation unilatéralement dans l'intérêt général ouvre droit au versement d'une indemnité intégrale au profit du titulaire lésé.

2.4. *Les obligations d'information et de conseil de l'assureur contraintes par la commande publique*

L'articulation de l'obligation d'information et du devoir de conseil de l'assureur s'organise de façon restrictive avec le formalisme de la commande publique.

Une rédaction unilatérale du contrat par l'assuré

Dans un marché public d'assurance, l'acheteur public définit ses besoins en garantie, les matérialise dans différents documents et les impose aux assureurs candidats. Cette logique de « souscription inversée » fait disparaître la notion de contrat d'adhésion sur laquelle repose la formation classique du contrat d'assurance.

L'assureur ne peut plus proposer un contrat type à la collectivité mais doit adhérer aux exigences de celle-ci formulées dans un cahier des charges. Au titre de l'article L. 112-2 du code des assurances : *« L'assureur doit obligatoirement fournir une fiche d'information sur le prix et les garanties avant la conclusion du contrat. Avant la conclusion du contrat, l'assureur remet à l'assuré un exemplaire du projet de contrat et de ses pièces annexes ou une notice d'information sur le contrat qui décrit précisément les garanties assorties des exclusions, ainsi que les obligations de l'assuré ».*

Un échange d'information limité

Selon les dispositions des articles L. 112-3 et L. 113-2 du code des assurances, l'assuré est tenu de déclarer à l'assureur, lors de la conclusion du contrat, les circonstances de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge. Cette disposition se traduit par un formulaire de déclaration des risques que l'assureur adresse à l'assuré. Comme évoqué précédemment, le recensement des risques dans un marché public d'assurance appartient exclusivement à l'acheteur public. En application du principe d'égalité de traitement des candidats, l'assureur n'a qu'une capacité d'initiative limitée dans la collecte de l'information car tout échange direct avec l'acheteur est interdit.

Une faible capacité de proposition de l'assureur

Pour compenser la définition et la rédaction unilatérale des besoins d'assurance, l'acheteur public peut autoriser le recours aux variantes. C'est l'assureur qui devient l'auteur d'une proposition alternative à l'offre de base définie au cahier des charges. Les conditions de recevabilité des variantes proposées par les candidats à un marché public changent selon le type de procédure de passation utilisée. Dans les procédures d'appel d'offres, les variantes doivent respecter les « exigences minimales » définies dans le cahier des charges.

FICHE N° 7 /
***Suivi d'exécution
et terme du contrat***

Fiche n° 7

SUIVI D'EXÉCUTION ET TERME DU CONTRAT

Les obligations de l'assuré

Le Code des Assurances définit à l'article L. 113-2 les obligations de l'assuré. Celles-ci sont au nombre de quatre :

- Payer la prime. Le Code des Assurances fixe un délai de droit commun de 10 jours pour le paiement de la prime à compter de la date d'échéance. Le délai peut être étendu contractuellement.
- Répondre avec exactitude aux questions posées lors de l'évaluation des risques.
- Déclarer à l'assureur tout nouvel élément susceptible de modifier le périmètre de la couverture
- Déclarer dans les délais les sinistres. Le Code des Assurances fixe un délai minimum de 5 jours ouvrés (ramené à 48 h en cas de vol).

Article 113-2 du Code des Assurances

L'assuré est obligé :

- 1° De payer la prime ou cotisation aux époques convenues ;
- 2° De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;
- 3° De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus. L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ;

- 4° De donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés.
Ce délai minimal est ramené à deux jours ouvrés en cas de vol [...]

L'article L113-3 du Code des Assurances énonce les sanctions en cas de non-paiement de la prime. Le contrat peut être suspendu 30 jours après la mise en demeure de l'assuré pour régulariser la situation. Si la prime n'est pas réglée dans les 10 jours suivant la suspension des garanties, l'assureur a la possibilité de résilier le contrat.

En cas d'inexactitude lors de l'évaluation des risques, une évaluation excessive entraînerait une couverture (et donc une cotisation) plus importante que celle nécessaire. A l'inverse, l'assuré peut sous-estimer ses besoins. Dans ce cas, l'assureur peut appliquer la règle dite proportionnelle de prime ou de capitaux. La règle proportionnelle de prime permet de corriger un déséquilibre du contrat dû à une minoration non intentionnelle des risques (article L113-9 du Code des Assurances). La règle proportionnelle de capitaux a le même effet lorsque le déséquilibre du contrat provient d'une valeur assurée inférieure à la valeur réelle (L121-5 du Code des Assurances). Dans le premier cas, il y a une aggravation du risque. Dans le second, il y a une aggravation de ses conséquences. Les deux règles entraînent une réduction de l'indemnité proportionnelle à l'erreur d'estimation.

Les contrats d'assurances doivent évoluer en même temps que le périmètre à couvrir. Il convient donc à la collectivité de déclarer toute modification des éléments initiaux. Cela couvre notamment une modification de périmètre (acquisition d'un nouveau bâtiment, de nouvelles compétences...), de l'environnement du risque (changement de zone inondable, installation d'usine SEVESO...), de la déclaration initiale (modification des techniques de construction, émission d'un rapport d'étude avec réserve dans le cadre de la garantie dommages ouvrage...). En cas d'omission de la transmission de l'information à l'assureur, celui-ci peut considérer que cela constitue une aggravation du risque. L'article L113-4 du Code des Assurances énonce qu'en cas d'aggravation du risque, l'assureur peut demander une prime plus importante pour maintenir la couverture ou dénoncer le contrat. La résiliation ne peut prendre effet que dix jours après notification, et l'assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. En cas de diminution du risque, l'assuré peut demander une diminution du montant de la prime. En cas de refus de l'assureur, il peut dénoncer le contrat.

La loi Consommation et les collectivités

La loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, dite loi Hamon, permet aux personnes de résilier leur contrat d'assurance multirisque et automobile avec un préavis de 30 jours après la première année de contrat. Ce mécanisme est codifié à l'article L 113-15-12 du Code des Assurances. Cette disposition permet d'assouplir la possibilité de résiliation annuelle posée par l'article L113-12 du Code des Assurances. Toutefois, les dispositions de la loi ne sont pas applicables aux collectivités. En effet, le décret n° 2014-1685 du 29 décembre 2014 relatif à la résiliation à tout moment des contrats d'assurance et portant application de l'article L113-15-2 du code des assurances, précise que ne sont concernées par cet article que les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles. Les collectivités ne peuvent donc pas valablement utiliser cette disposition de la loi relative à la consommation pour résilier de manière anticipée leurs contrats d'assurances.

La fin du contrat d'assurance

Les marchés publics d'assurances sont soumis à la fois à la réglementation des marchés publics (ordonnance n° 2015-899 et décret n° 2016-360) et au Code des Assurances. La fin des contrats est encadrée par ces deux corpus de texte. L'article L113-12 du Code des Assurances énonce que la durée du contrat d'assurance est librement fixée par les parties avec reconduction annuelle tacite. Quant à la réglementation des marchés publics, elle impose à la collectivité de définir une durée de marché tenant compte de la nature des prestations et de la nécessité d'une remise en concurrence périodique (article 16 du décret n° 2016-360).

Les parties ont la possibilité de mettre fin de manière anticipée au contrat. La résiliation d'un contrat peut être le fait d'une décision unilatérale prise par la personne publique. Deux situations sont à envisager :

- La résiliation de plein droit (par exemple la disparition de la chose à assurer) ;
- La fin anticipée imposée par la personne publique à son cocontractant.

La personne publique dispose toujours du droit de résilier unilatéralement le marché pour un motif d'intérêt général et ce, même en l'absence de clause contractuelle en ce sens. La contrepartie à ce droit est l'entière indemnisation du titulaire qui, par définition, n'a commis aucune faute. La collectivité peut aussi résilier le marché pour faute du titulaire.

Selon le droit des assurances, la résiliation à l'échéance est prévue tant à l'initiative de l'assuré que de l'assureur. La collectivité et l'assureur ont la faculté de résilier le contrat chaque année à l'échéance annuelle, moyennant un préavis fixé dans le contrat. L'article L113-12 du Code des Assurances fixe un délai de préavis de droit commun de deux mois. Traditionnellement, ce délai est étendu contractuellement par les collectivités afin de disposer du temps nécessaire à la tenue d'une procédure de marché public. La résiliation doit être faite par l'envoi d'une lettre recommandée.

Article L113-12 du Code des Assurances

La durée du contrat et les conditions de résiliation sont fixées par la police.

Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit appartient, dans les mêmes conditions, à l'assureur. Il peut être dérogé à cette règle pour les contrats individuels d'assurance maladie et pour la couverture des risques autres que ceux des particuliers. Le droit de résilier le contrat tous les ans doit être rappelé dans chaque police. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Il est à noter qu'en cas de diminution du risque, par exemple par la vente significative de bâtiments, si l'assureur refuse de réduire le montant de la cotisation correspondante, la collectivité peut résilier le contrat (article L113-4 du Code des Assurances).

Outre sa faculté de résiliation annuelle, l'assureur peut résilier le contrat en cas de modification de situation de l'assuré, de l'omission ou de la déclaration inexacte de l'assuré à la souscription du contrat, de l'absence de paiement de la prime d'assurance par l'assuré ou d'une aggravation du risque. Toutes ces possibilités de mettre fin de manière anticipée au contrat sont des sanctions qui sont la conséquence de l'inexécution des obligations de l'assuré énoncées à l'article L113-2 du Code des Assurances. L'assureur dispose d'une autre faculté de résiliation : la résiliation après sinistre. Toutefois, pour être applicable, il faut que cette faculté soit énoncée dans le contrat. L'article R113-10 du même code permet soit de proposer de nouvelles conditions de garantie, soit une nouvelle tarification, soit de mettre fin au contrat suite à un sinistre. Cette possibilité de résiliation unilatérale permet à l'assureur de résilier le contrat en cas d'augmentation qu'il n'avait pas prévue de la fréquence ou de la gravité des sinistres.

En cas de résiliation du contrat par l'assureur, l'assuré peut, dans le mois suivant la notification, résilier l'ensemble des contrats passés avec lui, moyennant un préavis d'un mois.

Article R113-10 du Code des Assurances

Dans le cas où une police prévoit pour l'assureur la faculté de résilier le contrat après sinistre, la résiliation ne peut prendre effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à dater de la notification à l'assuré. L'assureur qui, passé le délai d'un mois après avoir eu connaissance du sinistre, a accepté le paiement d'une prime ou cotisation, ou d'une fraction de prime ou cotisation correspondant à une période d'assurance ayant débuté postérieurement au sinistre, ne peut plus se prévaloir de ce sinistre pour résilier le contrat.

Dans le cas prévu au premier alinéa ci-dessus, les polices doivent reconnaître à l'assuré le droit, dans le délai d'un mois de la notification de la résiliation de la police sinistrée, de résilier les autres contrats d'assurance qu'il peut avoir souscrits à l'assureur, la résiliation prenant effet un mois à dater de la notification à l'assureur. [...]

La capitalisation et la répartition

Il existe deux types de gestion du risque pour un assureur : la capitalisation et la répartition.

Les assurances gérées en capitalisation sont celles dont les risques n'ont pas un caractère constant et dont la fréquence ne change pas au cours du contrat. Ce type de gestion est essentiellement pratiqué dans les risques liés à la personne, comme l'assurance statutaire ou la prévoyance. Les primes versées par les assurés en cours de contrat sont utilisées pour financer la réparation du préjudice sur le long terme. Pour ce faire, une partie de la cotisation est mise de côté ou placée, afin de fructifier dans le but de financer les engagements futurs. La cotisation est capitalisée. A titre d'exemple, une assurance en capitalisation couvrant les risques liés à l'accident de service doit intervenir tant que la collectivité possède des obligations statutaires, même si le contrat est arrivé à échéance. Des indemnisations peuvent avoir lieu plusieurs décennies après la rupture de liens conventionnels sous réserve que le sinistre ait eu lieu pendant la période contractuelle.

Conclusion

Le décryptage technique du contexte de l'assurance, des acteurs du marché, des types de contrat que ce livret s'est efforcé de développer, ne doit pas faire oublier les enjeux stratégiques sous-jacents.

L'assurance ne peut être simplement perçue comme une matière technique réglementaire. La souscription des contrats par les collectivités ou via les centres de gestion doit faire partie intégrante d'une stratégie globale des autorités territoriales pour amortir les conséquences de risques identifiés : en matière de gestion des ressources humaines, de gestion des biens, de responsabilité civile, de protection des données personnelles...L'émergence des risques elle-même et donc la typologie des contrats est nécessairement liée aux évolutions de la société. Qui aurait pu, avant la révolution numérique, préfigurer l'avènement des contrats protecteurs des cyber attaques ?

Le « dosage » des contrats (part de l'autoassurance notamment) pour optimiser la gestion financière relève d'une analyse fine du fonctionnement des structures et d'une observation rétroactive pluriannuelle. Dans ce « dosage », l'évaluation des actions de prévention prend une part importante, en particulier dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

Il appartient aux collectivités et aux centres de gestion qui les accompagnent de développer une ingénierie dans les techniques assurantielles. En particulier dans ce qui relève des assurances de personnes ayant un impact direct dans la gestion des ressources humaines, dans les capacités de négociation avec les opérateurs pour garantir des prestations de qualité à des coûts maîtrisés.

Forts de leur compétence emploi, les centres de gestion sont au cœur de l'observation des métiers émergents. Et à ce titre, ceux de « data officer », gestionnaire de bases de données et de « risk manager », devront sans doute faire l'objet de toutes les attentions. La nécessité d'une vision prospective est constante, et pourquoi pas un jour envisager le déploiement de contrats collectifs en matière d'épargne retraite empruntant aux logiques assurantielles en s'appuyant sur une refondation du dispositif du CET...



Association Nationale des Directeurs
et Directeurs-Adjointes des Centres De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

L'assurance DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Ce livret sur les assurances vient compléter la ligne éditoriale des publications de l'ANDCDG. Il nous a semblé que ce sujet, quoique très technique, est au cœur des enjeux stratégiques des collectivités locales. Les centres de gestion ne pouvaient donc pas faire l'économie d'un balayage complet sur ce sujet pour accompagner au mieux les collectivités de leur territoire dans l'optimisation de leurs fonctions support. Non seulement parce qu'ils sont des organismes mutualisateurs, et à ce titre souscripteurs de par la loi de contrats collectifs pour les collectivités locales en matière d'assurance statutaire et de protection sociale complémentaire, mais également parce que plus généralement, la gestion de risques est désormais au cœur des stratégies publiques. La société évolue, le numérique envahit tous les processus de traitement administratif, le principe de précaution s'étend à tout type d'activité. Les décideurs publics sont désormais tenus à une vigilance accrue pour garantir tout risque émergent, qu'il s'agisse de gestion des ressources humaines, de gestion des biens, de gestion des données, ... Nous formons le vœu que cet ouvrage, issu d'un travail collaboratif inter-centres de gestion, vous permette de faire, à partir de sept fiches de synthèse, un état des lieux pertinent.

www.andcdg.org / Contact

Secrétariat ANDCDG - 15, rue Boileau - 78008 VERSAILLES Cedex

e-mail : andcdg@cigversailles.fr - Téléphone : 01 39 49 63 10 - Fax : 01 39 49 63 13

EN PARTENARIAT AVEC :

MSAmlin

sham
PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

SMACL
ASSURANCES
GROUPE **vyv**