

Rapporteur : L.ROUX

Commission n°4

40 - Ressources humaines

Réforme de la protection sociale complémentaire

Le jeudi 07 avril 2022 à 09h30, les membres du Conseil départemental, régulièrement convoqués par M. CHENUT, Président, se sont réunis dans les locaux de l'Assemblée départementale, sous sa présidence.

Etaient présents : Mme ABADIE, Mme BIARD, Mme BILLARD, M. BOHANNE, M. BOURGEAUX, Mme BOUTON, M. BRETEAU, Mme BRUN, M. CHENUT, M. COULOMBEL, Mme COURTEILLE, M. DE GOUVION SAINT-CYR, M. DÉNÈS, Mme DUGUÉPÉROUX-HONORÉ, Mme FAILLÉ, Mme FÉRET, M. GUÉRET, Mme GUIBLIN, M. GUIDONI, M. HERVÉ, M. HOUILLOT, Mme KOMOKOLI-NAKOAFIO, M. LAPAUSE, Mme LARUE, Mme LE FRÈNE, M. LE GUENNEC, M. LE MOAL, Mme LEMONNE, M. LENFANT, Mme MAINGUET-GRALL, M. MARCHAND, M. MARTIN, M. MARTINS, Mme MERCIER, Mme MESTRIES, M. MORAZIN, Mme MORICE, Mme MOTEL, M. PAUTREL, M. PERRIN, M. PICHOT, Mme QUILAN, Mme ROCHE, Mme ROGER-MOIGNEU, Mme ROUSSET, Mme ROUX, Mme SALIOT, M. SALMON, M. SOHIER, M. SORIEUX, M. SOULABAILLE

Absents et pouvoirs: Mme COURTIGNÉ (pouvoir donné à M. LE GUENNEC), M. DELAUNAY (pouvoir donné à Mme SALIOT), Mme TOUTANT (pouvoir donné à M. BOURGEAUX)

Le Conseil départemental

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment l'article L. 3211-1 ;
 Vu 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 ;
 Vu l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ;
 Vu la délibération de la commission permanente du 27 février 2012 relative aux mesures salariales dont la participation à la prise en charge de la complémentaire santé ;
 Vu la délibération de la commission permanente du 19 novembre 2012 relative aux modalités de mise en œuvre de la participation de l'employeur aux garanties "complémentaire santé" ;
 Vu la décision de la commission permanente du 7 décembre 2015 relative au contrat de prévoyance collective ;

Expose :

Le statut de la fonction publique protège les agents publics en cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident du travail. Il assure en effet le maintien intégral puis partiel du traitement de l'agent, selon les modalités spécifiques du congé maladie (maladie ordinaire, longue maladie, longue durée).

Le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 a permis la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, mais contrairement au secteur privé, les employeurs publics ne sont pas tenus de participer aux frais de santé de leurs agents. Ainsi, la participation des collectivités à la protection sociale des agents territoriaux est très disparate, et de nombreux agents peuvent renoncer à une assurance complémentaire en cas de difficultés financières.

Avec une mise en application progressive jusqu'en 2026, l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 fixe l'obligation de participation des employeurs publics au financement des couvertures complémentaires santé et prévoyance des agents. Ces deux versants de la protection sociale complémentaire se définissent de la manière suivante :

- **La complémentaire santé** : ce que l'on appelle communément la mutuelle, c'est-à-dire les garanties proposées par un organisme assureur (mutuelle ou assureur) pour compléter les prestations versées par la sécurité sociale en matière de frais de santé.

- **La complémentaire prévoyance** : la prévoyance désigne de façon générique tous les contrats et garanties qui couvrent les risques sociaux liés à la personne en cas d'arrêt de travail. Ce dernier peut être temporaire ou définitif notamment : accidents de la vie quotidienne ou maladies causant une incapacité de travail, une invalidité, voire un décès.

L'ordonnance du 17 février 2021 s'applique aux trois versants de la fonction publique. Les points clé de cette réforme sont les suivants :

- L'obligation pour les employeurs publics à compter du 1^{er} janvier 2025 de participer aux garanties de prévoyance à hauteur de 20 % d'un montant déterminé par décret ;

- L'obligation pour les employeurs publics à compter du 1^{er} janvier 2026 de participer aux garanties de santé à hauteur de 50 % d'un montant déterminé par décret ;

- La possibilité de recours à des accords majoritaires permettant la conclusion d'un contrat ou d'un règlement collectif à adhésion obligatoire ;

- La possibilité de négocier des conventions de participation à un niveau régional ou interrégional pour les centres de gestion de la fonction publique territoriale ;

- Le maintien du choix de la procédure : les collectivités pourront toujours opter pour le régime de la labellisation ou celui de la convention de participation (voir *infra*).

Les retraités sont également concernés. Après la liquidation de leurs droits à pension de retraite, les anciens agents publics pourront conserver leur contrat de complémentaire santé. Ils pourront ainsi continuer à bénéficier des conditions négociées par leur employeur (ou le Centre de gestion), toutefois sans le bénéfice de leur employeur.

Des décrets sont toujours attendus pour préciser certaines modalités de la réforme comme le montant de référence en santé et en prévoyance, la définition des garanties minimales, ou encore le rôle des Centres de gestion. Néanmoins, les projets sont connus :

Projets de décret à la suite de l'ordonnance du 17 février 2021

Complémentaire santé	Prévoyance
<ul style="list-style-type: none">• Montant de la participation : Valeur de référence : 30€ Plancher de 15 € mensuels (50%) à compter du 1^{er} janvier 2026• Garanties minimales : panier de soins (au sens de l'article L911-7 code de la sécurité sociale)	<ul style="list-style-type: none">• Montant de la participation : Valeur de référence : 35€ Plancher de 7 € mensuels (20%) à compter du 1^{er} janvier 2025• Garanties minimales :<ul style="list-style-type: none">- Incapacité : 90% du traitement brut + 40% du régime indemnitaire- Invalidité : 80% du traitement net- Décès : non indiqué

Au Département d'Ille-et-Vilaine

Après la parution du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 concernant la participation des collectivités à la **complémentaire santé** des agents qu'elles emploient, la Commission permanente a approuvé le 27 février 2012 la participation du Département au financement du coût de la complémentaire santé de ses agents, sous réserve que la mutuelle retenue par l'agent soit labellisée et apporte ainsi des garanties de protection sociale. Le montant de cette participation varie selon la rémunération de l'agent :

- 35 € pour les agents dont les revenus sont inférieurs à 2 000 € bruts mensuellement
- 25 € pour les agents dont les revenus sont compris entre 2 000 € et 2 500 € bruts mensuellement
- 13 € pour les agents dont les revenus sont compris entre 2 500 € et 3 600 € bruts mensuellement
- 0 € pour les agents dont les revenus sont supérieurs à 3 600 € bruts mensuellement.

Le Département participe également à la **garantie maintien de salaire** souscrite par ses agents. Le dispositif prévoyance / garantie maintien de salaire actuel relève d'un contrat collectif depuis le 1^{er} juillet 2004. Il garantit à l'agent adhérent un complément de salaire en cas de perte de traitement (passage à ½ traitement) dû à un congé maladie prolongé (3 mois, consécutifs ou non). La cotisation des agents est proportionnelle à leur traitement (1 %), et le Département verse un forfait de 7 € bruts par agent mensuellement. Ce forfait identique pour tous les agents permet donc de soutenir plus fortement les agents dont le salaire est moins élevé.

	La complémentaire santé Depuis 2012	La garantie maintien de salaire Depuis 2004
Montant de la participation	Modulé selon le salaire : Tranche 1 : 35 € Tranche 2 : 25 € Tranche 3 : 13 € Tranche 4 : 0 €	Forfait mensuel de 7 €
Dispositif en place	Labellisation Adhésion à titre individuel des agents à une garantie labellisée	Convention de participation Adhésion facultative des agents au contrat collectif souscrit auprès de la MNT pour la garantie incapacité Adhésion optionnelle à la garantie invalidité (sans participation)
Conditions		Cotisation : 1% du traitement Prestation : 45% du traitement (primes comprises)
Nombre de bénéficiaires (31/12/2020)	1 074 agents	2 523 agents
BP 2022	213 700 €	189 000 €

A la suite de l'ordonnance du 17 février 2021

En complément de l'organisation prévue par l'ordonnance, au sein de l'Assemblée, d'un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire, le dialogue social sur la protection sociale complémentaire avec les organisations sociales permettra de construire la politique de protection sociale voulue au Département et le choix pour la labellisation ou la convention de participation.

Les deux dispositifs de participation, la labellisation et la convention de participation, possèdent des atouts mais aussi certaines limites, tant pour les employeurs que pour les agents.

La labellisation

Définition : l'employeur public peut, sans mise en concurrence, apporter sa participation financière aux contrats et règlements de protection sociale complémentaires « labellisés ». En effet, le caractère solidaire de ces contrats a été préalablement vérifié au niveau national.

Avantages : pour l'agent, le libre choix de l'organisme et du panier de soins, la portabilité du contrat en cas de mobilité, et une pluralité des offres. Pour l'employeur, moins de contraintes dans la mise en place, le suivi et la responsabilité.

Inconvénients : difficulté d'un choix clair dans une offre pléthorique. Pas d'homogénéité des couvertures des agents.

La convention de participation

Définition : la convention de participation est un contrat spécifique ; ce n'est pas un marché public. En effet, son objet n'est pas de satisfaire les besoins des employeurs publics, mais de sélectionner un contrat ou règlement de protection sociale complémentaire ouvrant droit aux aides destinées aux agents. Une convention de participation peut être conclue soit pour le risque santé, soit pour le risque prévoyance, soit pour les deux risques.

Avantages : pour l'agent, l'accès à un contrat négocié attractif (tarifs stables, conditions de solidarité...), une offre plus lisible et une homogénéité de la couverture. Pour l'employeur, un seul interlocuteur par garantie.

Inconvénients : pour l'agent, pas de liberté de choix du prestataire et une palette d'offres limitée. Pour l'employeur une procédure de mise en concurrence lourde et contraignante et une gestion des contrats pendant six années.

Dans l'attente de la parution des décrets, le présent rapport permet de présenter les termes des échanges et négociations à venir, afin de construire des scénarii de participation employeur à la complémentaire santé qui vous seront ensuite soumis.

Décide :

- de prendre acte, après avoir pris connaissance de ce rapport et en avoir débattu, de la poursuite des travaux engagés par l'employeur, en concertation avec les représentants du personnel, dans la perspective d'aboutir à une refonte des dispositifs d'aide proposés par l'employeur en matière de couverture santé et prévoyance, au bénéfice de ses agents.

Vote :

Pour : 0

Contre : 0

Abstentions : 0

En conséquence, il est pris acte des conclusions ci-dessus.