

CONSEIL MUNICIPAL DU 21 FÉVRIER 2022

RESSOURCES HUMAINES

RAPPORT DANS LE CADRE DU DEBAT DE L'ASSEMBLEE DELIBERANTE SUR LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

Depuis 2007, dans le cadre de leur politique d'accompagnement social à l'emploi, les collectivités locales ont la possibilité de participer financièrement aux contrats souscrits par leurs agents en matière de santé et/ou de prévoyance, pour faciliter l'accès aux soins et couvrir la perte de rémunération en cas d'arrêt prolongé de travail lié à une maladie ou à un accident.

Ce dispositif de protection sociale complémentaire permet actuellement aux employeurs publics de participer :

- Soit au coût des contrats individuels souscrits directement par les agents dès lors que ceux-ci sont labellisés, c'est-à-dire référencés par des organismes accrédités,
- Soit au coût des contrats souscrits par les employeurs eux-mêmes auprès de prestataires mutualistes, dans le cadre de conventions dites de participation signées après une mise en concurrence afin de sélectionner une offre répondant aux besoins propres de leurs agents. Cette procédure peut être conduite par la collectivité elle-même ou être confiée au Centre de gestion agissant de manière groupée pour toutes les collectivités intéressées.

Pour leur part, depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation de proposer une couverture complémentaire de santé collective à l'ensemble de leurs salariés, avec une obligation de financement au minimum de 50% de la cotisation. Les salariés, quant à eux, ont en principe l'obligation d'adhérer à la mutuelle collective.

Dans le but d'harmoniser les pratiques et les droits entre la fonction publique et les entreprises privées, le législateur a souhaité engager une réforme de la protection sociale complémentaire à travers la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

Le Conseil Municipal est appelé à prendre acte des nouvelles dispositions en matière de protection sociale complémentaire des agents territoriaux.

Les nouvelles obligations en matière de protection sociale complémentaire :

Prise en application de cette loi, l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 redéfinit la participation des employeurs publics au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs agents fonctionnaires et contractuels de droit public.

Dans l'attente des décrets d'application, un certain nombre de dispositions sont d'ores et déjà connues.

Ainsi, la **participation financière des employeurs publics, jusqu'à présent facultative, deviendra obligatoire** au :

- **1^{er} janvier 2025** pour les contrats de prévoyance souscrits par la voie de la labellisation ou de la convention de participation. L'aide de l'employeur sera au minimum de 20% d'un montant de référence précisé par décret,
- **1^{er} janvier 2026** pour les contrats de santé souscrits par la voie de la labellisation ou de la convention de participation. L'aide de l'employeur sera alors de 50% minimum d'un montant de référence précisé par décret.

Néanmoins, pour les conventions de participation déjà mise en place avant le 1^{er} janvier 2022, les dispositions de l'ordonnance ne seront applicables aux employeurs publics qu'au terme des conventions.

Pour la mise en œuvre de cette réforme au niveau local, l'ordonnance prévoit que les collectivités et leurs établissements organisent, au sein de leurs assemblées délibérantes, un débat sur la protection sociale complémentaire dans un délai d'un an, puis, régulièrement, dans un délai de 6 mois à la suite du renouvellement général de ces assemblées.

Ce débat doit notamment porter sur les enjeux de la protection sociale complémentaire, la nature des garanties envisagées, le niveau de participation de la collectivité et sa trajectoire, le calendrier de mise en œuvre et l'éventuel caractère obligatoire des contrats sur accord majoritaire.

Les enjeux du dispositif de protection sociale complémentaire :

Pour les salariés, la protection sociale complémentaire représente un enjeu important compte tenu notamment de l'allongement de la durée des carrières et des problèmes financiers et sociaux que peuvent engendrer des arrêts de travail prolongés et/ou répétés. Dans bien des cas, le placement en demi-traitement ou le recours à des soins coûteux, entraîne des difficultés de tous ordres. L'objectif de la réforme est donc bien de tendre vers une couverture totale des agents de la fonction publique territoriale, à l'instar des salariés du privé aujourd'hui.

Pour les employeurs territoriaux, il s'agit d'une véritable opportunité de valoriser leur politique de gestion des ressources humaines. En prenant soin de leurs agents, les collectivités créent une dynamique positive et accroissent l'attractivité des emplois qu'elles ont à pourvoir. In fine, l'objectif est de garantir la qualité de service aux habitants de leur territoire.

Cette protection sociale vient compléter les dispositifs de prévention des risques au travail, de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences existants et concoure à limiter la progression de l'absentéisme.

Selon un baromètre IFOP pour la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) de décembre 2020, la couverture des agents est la suivante :

- 2/3 des collectivités interrogées participent financièrement à la complémentaire santé : 62% ont choisi la labellisation et 38% la convention de participation.
- 3/4 des collectivités interrogées participent financièrement à la complémentaire prévoyance : 62% ont choisi la convention de participation et 37% la labellisation.

Ce sont donc aujourd'hui 89% des employeurs publics locaux qui déclarent participer financièrement à la protection sociale complémentaire de leurs agents en santé et/ou en prévoyance. Ils mettent en avant que cette participation financière améliore les conditions de travail et la santé des agents, l'attractivité de la collectivité en tant qu'employeur, le dialogue social et contribue à la motivation des agents. Cette participation financière doit s'apprécier comme un véritable investissement dans l'humain et non sous un angle purement budgétaire.

Pour rappel, la « **complémentaire santé** » concerne le remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, afin de diminuer le reste à charge de l'assuré.

Dans le cadre de la conclusion d'une convention de participation « santé », le contrat collectif devra être proposé aux agents actifs mais aussi aux retraités (solidarité intergénérationnelle) et couvrir les garanties minimales suivantes :

- La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale,
- Le forfait journalier en cas d'hospitalisation,
- Les frais pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

Un décret déterminera le niveau de prise en charge de ces dépenses ainsi que la liste des dispositifs médicaux pour soins dentaires et optiques entrant dans le champ de cette couverture.

S'agissant de la « **prévoyance** » ou « garantie maintien de salaire », celle-ci permet aux agents de se couvrir contre les aléas de la vie (maladie, invalidité, accident non professionnel) en leur assurant un maintien de rémunération et/ou de leur régime indemnitaire en cas d'arrêt de travail prolongé. Il est rappelé qu'au-delà de trois mois d'arrêt pour maladie ordinaire, l'agent concerné perd la moitié de son salaire et, au-delà de douze mois, la totalité.

La couverture des risques en matière de « prévoyance » concerne :

- L'incapacité de travail : maintien de rémunération pendant la période de demi-traitement pour maladie,
- L'invalidité : maintien de rémunération pendant la période allant de la reconnaissance d'invalidité jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite,
- L'inaptitude : poursuite de l'indemnisation après l'invalidité, par un complément de retraite sous forme de capital afin de compenser la perte de retraite due à l'invalidité, à partir de l'âge légal de départ à la retraite,
- Le décès : indemnisation correspondant à 100% de la rémunération indiciaire annuelle brute en cas de décès en activité.

Dans le cadre de la conclusion d'une convention de participation, il est possible de décider des garanties minimales proposées aux agents, de l'assiette de cotisations incluant le traitement indiciaire, la nouvelle bonification indiciaire et/ou le régime indemnitaire et des prestations versées (maintien de rémunération pouvant aller de 80% à 95% du traitement net).

L'accompagnement du Centre de gestion :

L'ordonnance du 17 février 2021 prévoit que les Centres de Gestion ont pour nouvelle mission obligatoire, à compter du 1^{er} janvier 2022, la conclusion de conventions de participation en « santé » et « prévoyance » à l'échelle départementale ou supra-départementale.

Cette mission s'accomplissant sans mandat préalable, une enquête auprès des employeurs locaux doit permettre de recueillir les besoins et d'affiner les statistiques de sinistralité pour les intégrer dans le cahier des charges de consultation des prestataires. Les collectivités pourront adhérer à ces conventions départementales (ou supra-départementales) par délibération, après avis du Comité technique, et signature d'une convention avec le Centre de Gestion.

L'adhésion à ces conventions demeurera facultative pour les collectivités, celles-ci ayant la possibilité de négocier leur propre contrat collectif ou de choisir de financer les contrats individuels labellisés de leurs agents.

La conclusion d'une convention de participation à l'échelle départementale ou supra-départementale vise, d'une part, à une harmonisation des politiques d'accompagnement social à l'emploi au sein d'un territoire et, d'autre part, permet une plus grande mutualisation des risques ce qui rend plus attractif le rapport prix/prestations.

Les dispositifs existants au sein de la collectivité et les perspectives d'évolution :

- En matière de couverture santé :

La participation financière de la collectivité a été mise en place dès le 1^{er} janvier 2013, selon la voie de la labellisation.

Le montant de la participation versée par l'employeur a augmenté à deux reprises.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, elle est de 27 € pour les agents détenant un indice de rémunération inférieur ou égal à 369 et de 24 € pour les agents rémunérés sur la base d'un indice de rémunération supérieur ou égal à 370.

En outre, une majoration de 10 € est versée par enfant à charge au sens du Supplément familial de traitement (SFT) et sans qu'il ne soit tenu compte de l'indice de rémunération de l'agent concerné.

À titre de comparaison, le montant de la participation moyenne en France en matière de santé est de 18,90 €. Il est de 19 € en Haute-Savoie.

À ce jour, 250 agents bénéficient de ce dispositif au sein de notre Collectivité, soit environ 53% des effectifs, contre une moyenne de 23,4% des effectifs en Haute-Savoie.

- En matière de couverture Prévoyance

La participation financière à la Prévoyance a été initiée dès le 1^{er} janvier 2014 via le dispositif de convention de participation mis en œuvre par le Centre de Gestion de la Haute Savoie, auquel la collectivité a adhéré. Elle a été augmentée à deux reprises.

Pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2025, c'est le groupement conjoint VYV/MNT/MGEN qui assure les collaborateurs de la Ville contre les risques liés à la perte de rémunération en cas de maladie.

Les garanties souscrites sont les suivantes :

- À titre obligatoire : l'incapacité temporaire de travail (dans la limite de 95% du traitement net, déduction faite des sommes perçues par l'assuré ;
- À titre optionnel :
 - o L'invalidité,
 - o La minoration de retraite,
 - o Le capital décès : La perte totale et irréversible d'autonomie,
 - o Le maintien du régime indemnitaire.

Le montant de la participation versée par l'employeur a augmenté de manière régulière depuis le 1^{er} janvier 2014.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, elle est de 15 € pour les agents détenant un indice de rémunération inférieur ou égal à 369 et de 13 € pour les agents rémunérés sur la base de l'indice de rémunération 370 et plus.

À titre de comparaison, le montant de la participation moyenne en France en matière de prévoyance est de 12,20 €. Il est de 28 € en Haute-Savoie.

À ce jour, 230 agents bénéficient de ce dispositif au sein de notre Collectivité, soit environ 42% des effectifs, contre une moyenne de 25,4% des effectifs en Haute-Savoie.

Compte tenu de l'ensemble des éléments exposés, sur proposition de Madame BIRRAUX, le Conseil Municipal prend acte, à l'unanimité, des nouvelles dispositions prochainement en vigueur en matière de protection sociale complémentaire des agents territoriaux.

----- Fin du document -----