

CONSEIL REGIONAL
16 ET 17 DECEMBRE 2021
DELIBERATION

**Débat relatif à la mise en œuvre de la réforme portant
sur la protection sociale complémentaire des agents régionaux**

Le Conseil régional convoqué par son Président le 23 novembre 2021, s'est réuni le 17 décembre 2021 au siège de la Région Bretagne, sous la présidence de Monsieur Michaël QUERNEZ, Vice-Président du Conseil régional.

Etaient présents : Madame Delphine ALEXANDRE, Monsieur Olivier ALLAIN, Monsieur Nicolas BELLOIR (en visioconférence), Monsieur Tristan BRÉHIER (jusqu'à 11h30), Monsieur Gaël BRIAND, Madame Gaby CADIOU (en visioconférence), Monsieur Nil CAOUISSIN (en visioconférence), Madame Fanny CHAPPÉ, Monsieur André CROCQ (en visioconférence), Monsieur Daniel CUEFF, Madame Forough DADKHAH, Monsieur Olivier DAVID, Monsieur Florent DE KERSAUSON, Monsieur Gérard DE MELLON (en visioconférence), Monsieur Stéphane DE SALLIER-DUPIN, Madame Claire DESMARES, Madame Virginie D'ORSANNE, Madame Julie DUPUY, Monsieur Benjamin FLOHIC, Madame Laurence FORTIN, Monsieur Maxime GALLIER (en visioconférence), Madame Anne GALLO, Madame Aziliz GOUEZ, Madame Gladys GRELAUD, Madame Alexandra GUILLORE, Monsieur Christian GUYONVARCH (jusqu'à 11h25), Monsieur Loïc HENAFF, Monsieur Philippe HERCOUËT (en visioconférence), Madame Kaourintine HULAUD, Madame Elisabeth JOUNEAUX-PÉDRONO, Madame Émilie KUCHEL (en visioconférence), Madame Carole LE BECHEC (en visioconférence), Monsieur Olivier LE BRAS (en visioconférence), Madame Agnès LE BRUN, Madame Isabelle LE CALLENNEC, Monsieur Marc LE FUR (jusqu'à 11h30), Monsieur Patrick LE FUR, Madame Aurélie LE GOFF (en visioconférence), Monsieur Fabien LE GUERNEVÉ, Madame Anne LE HÉNANFF (en visioconférence jusqu'à 10h30), Monsieur Loïc LE HIR, Madame Gaël LE MEUR, Madame Gaëlle LE STRADIC, Monsieur Arnaud LÉCUYER, Madame Béatrice MACÉ (en visioconférence jusqu'à 10h), Monsieur Bernard MARBOEUF, Madame Aurélie MARTORELL (en visioconférence), Madame Véronique MÉHEUST, Monsieur Paul MOLAC (en visioconférence), Monsieur Yvan MOULLEC (en visioconférence), Madame Gaëlle NICOLAS, Madame Gaëlle NIQUE (en visioconférence), Monsieur Goulven OILLIC, Monsieur Denis PALLUEL (jusqu'à 11h30), Madame Mélina PARMENTIER (en visioconférence), Madame Anne PATAULT (en visioconférence), Madame Isabelle PELLERIN, Monsieur Fortuné PELLICANO (en visioconférence), Monsieur Gilles PENNELLE, Monsieur Stéphane PERRIN, Monsieur Ronan PICHON (en visioconférence), Monsieur Pierre POULIQUEN, Madame Christine PRIGENT, Madame Astrid PRUNIER (en visioconférence), Monsieur Michaël QUERNEZ, Monsieur Guillaume ROBIC (en visioconférence), Madame Claudia ROUAUX (en visioconférence), Monsieur Stéphane ROUDAUT (jusqu'à 11h), Madame Régine ROUÉ (en visioconférence), Madame Ana SOHIER, Madame Stéphanie STOLL, Madame Valérie TABART, Madame Renée THOMAÏDIS (en visioconférence), Monsieur Arnaud TOUDIC, Monsieur Jérôme TRÉ-HARDY (en visioconférence), Monsieur Christian TROADEC, Monsieur Simon UZENAT, Madame Marie-Pierre VEDRENNE (en visioconférence), Madame Adeline YON-BERTHELOT (en visioconférence).

Avaient donné pouvoir : Monsieur Yves BLEUNVEN (pouvoir donné à Madame Anne LE HENANFF), Monsieur Tristan BRÉHIER (pouvoir donné à Monsieur Bernard MARBOEUF à partir de

11h30), Monsieur Loïg CHESNAIS-GIRARD (pouvoir donné à Monsieur M
Katja KRÜGER (pouvoir donné à Madame Delphine ALEXANDRE), Mor
donné à Monsieur Stéphane DE SALLIER DUPIN à partir de 11h30), Mad
donné à Monsieur Pierre POULIQUEN à partir de 10h), Monsieur Stéphan
à Madame Agnès LE BRUN à partir de 11h).

Envoyé en préfecture le 21/12/2021
Reçu en préfecture le 21/12/2021
Affiché le
Béatrice MACÉ (pouvoir
ID : 035-233500016-20211217-21_DRH_06-DE

Excusés : Monsieur Patrick LE DIFFON.

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales, et notamment les articles L. 4111-1 et suivants ;

Vu l'avis de la commission finances, ressources humaines en date du 13 décembre 2021 ;

Au vu du rapport présenté par Monsieur le Président du Conseil régional portant sur la mise en œuvre de la réforme relative à la protection sociale complémentaire,

Et après avoir délibéré ;

- **Prend acte 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 profit de ses agents ;**
- **Acte le principe que le Comité Technique sera consulté pour examiner les résultats de ces travaux et à terme le projet de participation de l'employeur en faveur de la protection sociale complémentaire au bénéfice des agents de la collectivité.**

Mise en œuvre de la réforme relative à la protection sociale complémentaire

Le présent rapport a vocation à faire état de la réflexion menée par l'employeur concernant l'évolution des dispositifs d'aides en matière de protection sociale complémentaire des agents régionaux, eu égard à la réforme en cours et aux volontés de la collectivité de mieux accompagner ses agents sur la couverture des deux risques santé et prévoyance. Il répond également à une obligation réglementaire d'organiser un débat en assemblée délibérante avant le 31 décembre 2021, conformément à l'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique.

1. Etat des lieux

La sécurité sociale et le statut de la fonction publique territoriale offrent une protection de base et partielle face aux risques de la maladie, d'arrêt de travail ou encore d'invalidité.

En effet, dans la fonction publique territoriale, il existe une protection sociale dite « statutaire » qui permet d'assurer un maintien intégral puis partiel du traitement pendant une certaine période, en cas de maladie, maternité ou accident de travail. A titre d'exemple, un agent titulaire qui se retrouve dans l'incapacité de travailler temporairement, pourra prétendre à trois mois de rémunération à plein traitement et à 9 mois à demi-traitement.

Par ailleurs et contrairement au secteur privé, dans la fonction publique, l'agent ne dispose pas obligatoirement d'une mutuelle par son employeur, il lui appartient d'en souscrire une.

La protection sociale complémentaire est donc un mécanisme d'assurance facultatif permettant aux agents de faire face aux conséquences financières des risques « prévoyance » et/ou « santé ».

- **La complémentaire prévoyance** correspond à un maintien de salaire, pour tout ou partie, qui intervient au terme de la protection statutaire, en cas d'inaptitude ou d'invalidité. Il peut aussi s'agir d'un versement d'un capital en cas de décès.
- **La complémentaire santé** correspond à une prise en charge des frais non remboursés par la Sécurité sociale en matière de soins courants (pharmacie, dentaire, hospitalisation, optique, etc.) plus communément appelée « mutuelle ».

Contrairement à la protection statutaire qui confère le principe d'automaticité des droits, la protection sociale complémentaire (prévoyance et santé) est facultative et individuelle pour les agents de la fonction publique. Parallèlement et jusqu'à la mise en application de la réforme en cours, l'aide financière à cette protection est elle aussi facultative pour les employeurs publics.

1.1 Cadre réglementaire existant

Depuis la parution du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011, les employeurs de la fonction publique territoriale ont le choix de participer ou non, financièrement, à la couverture complémentaire de leurs agents, en santé et en prévoyance. Les agents sont, quant à eux, libres de souscrire à l'offre de leur choix. Le mécanisme est donc doublement facultatif et la protection très inégale suivant la taille des collectivités.

Les employeurs publics ont la possibilité de participer financièrement à la protection sociale complémentaire (PSC) de leurs agents selon l'un des dispositifs suivants :

- **La labellisation** : si l'employeur décide d'opter pour cette première formule de participation, l'agent adhère individuellement à une complémentaire santé ou prévoyance correspondant à ses besoins. Dès lors que l'agent choisit un contrat dit « labellisé » qui répond à plusieurs critères réglementaires (dont le principe de solidarité intergénérationnel), il peut bénéficier d'une prise en charge financière de sa cotisation par son employeur. Un arrêté au niveau national fixe la liste des contrats qui remplissent des critères réglementaires.
- **La convention de participation** : si l'employeur décide de mettre en œuvre ce second système, la collectivité (ou le centre de gestion de rattachement) sélectionne par appel à concurrence un organisme de protection sociale complémentaire. S'il adhère à ce contrat collectif non obligatoire, l'agent peut alors bénéficier d'une prise en charge financière de sa cotisation par son employeur.

Le dispositif actuellement en vigueur n'est donc absolument pas contraignant pour les employeurs publics qui ont la liberté de :

- Participer ou non à la protection sociale de leurs agents
- Choisir entre les garanties : participation à la mutuelle et/ou à la prévoyance
- Déterminer le montant de participation (pas de minimum imposé)
- D'opter pour le système de la labellisation ou de la convention de participation pour chacun des deux risques, et de façon indépendante.

1.2 Contexte régional actuel

En tant qu'employeur, la Région Bretagne participe depuis 2005 à la cotisation des agents sur la garantie prévoyance uniquement, et sur la base d'une prise en charge de 25 % de leur cotisation.

Suite au décret du 8 novembre 2011, complété par la circulaire du 25 mai 2012, modifiant les modalités de participation financière des employeurs à la PSC, la collectivité a mis en œuvre un nouveau dispositif, toujours en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013, portant cette fois sur les deux risques, santé et prévoyance.

La Région Bretagne a retenu la procédure de labellisation pour les deux risques, mutuelle et prévoyance. La collectivité verse donc une participation financière aux agents qui ont souscrit un ou des contrats labellisés sur l'une ou les deux garanties. Comme le permettait le décret, la Région a fait le choix de moduler sa participation financière dans un but d'intérêt social en prenant en compte le revenu net fiscal annuel de l'agent pour calculer l'aide financière accordée par l'employeur à chaque agent, de façon individuelle.

Les données chiffrées mettent en avant le fait que le nombre d'agents à solliciter l'aide de l'employeur n'est pas très important au regard de l'effectif global de la collectivité.

	Nombre de bénéficiaires de l'aide employeur	Cotisation moyenne /mois et /agent	Aide moyenne de la Région /mois et par agent	Enveloppe financière annuelle pour la collectivité
Mutuelle	790	61 €	9,21 €	84 705 €
Prévoyance	851	32,15 €	12,41 €	122 043 €

Cependant, ces données ne mettent pas en évidence le nombre d'agents réellement couverts par une complémentaire santé et/ou par une prévoyance car beaucoup d'agents ne sollicitent pas l'aide de l'employeur, ayant fait le choix de ne pas souscrire à un contrat labellisé.

Une enquête réalisée par la collectivité en fin d'année 2019, sur les prestations d'action sociale a permis de mettre en évidence que parmi les 2265 répondants au questionnaire, 95 % sont détenteurs d'une couverture santé et 57 % d'une couverture prévoyance.

En tant qu'employeur, la Région Bretagne a un enjeu majeur sur le risque prévoyance et considérant que seulement 1 agent sur 2 déclare souscrire à un contrat de prévoyance et considérant par ailleurs que dans la fonction publique territoriale, se fait dans le cadre de l'invalidité. L'employeur a la responsabilité d'accompagner au mieux l'ensemble des agents et de mettre en œuvre des dispositifs visant à les protéger un maximum du risque de précarité financière que représente l'absence de souscription à un contrat de prévoyance.

L'analyse de cette enquête concomitamment aux réunions de travail menées par l'administration avec les représentants du personnel, avaient permis d'identifier la revalorisation des aides en faveur de la mutuelle et de la prévoyance comme prioritaires dans le cadre de la refonte du régime d'action sociale de la collectivité. Avant tout, l'objectif est de rendre le dispositif plus incitatif de manière à couvrir davantage d'agents et notamment les personnes réticentes à souscrire un contrat de prévoyance, en raison de la dépense récurrente que cela implique.

2. La réforme de la protection sociale complémentaire

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire vise à redéfinir la participation des employeurs publics au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs personnels ainsi que les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers, pour favoriser leur couverture sociale complémentaire. En fixant un plancher obligatoire de participation, cette réforme tend à s'aligner vers le modèle du secteur privé et à garantir un minimum de participation de l'employeur en faveur de la PSC au profit des agents publics.

Même si les échéances de mise en œuvre qui s'appliquent pour la fonction publique sont relativement lointaines, il en demeure une obligation fixée par le législateur d'organiser un débat sur les garanties de protection sociale complémentaire dans un délai contraint.

2.1 Les grands principes de l'ordonnance pour la fonction publique territoriale

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique définit une participation d'un montant minimum qui s'impose de façon obligatoire aux employeurs publics pour la couverture sociale complémentaire de leurs personnels.

Contrairement à la fonction publique d'État¹, qui n'est concernée que par l'obligation de participation au risque santé, s'agissant de la fonction publique territoriale, les obligations de participation portent à la fois sur la garantie santé et sur la garantie prévoyance :

- **Prévoyance** : à compter du **1er janvier 2025**, les employeurs publics participeront à hauteur de 20 % d'un montant de référence à la garantie prévoyance de leurs agents.
- **Santé** : à compter du **1er janvier 2026**, les employeurs publics participeront à hauteur de 50 % d'un montant de référence à la mutuelle santé de leurs personnels.

Ce sont des pourcentages qui sont exprimés en fonction d'un montant de référence qui n'est pas encore arrêté et qui sera arrêté par décret dans les semaines ou mois à venir. A ce stade, le montant minimum de participation des employeurs publics n'est donc pas encore connu.

¹ A titre d'information, les obligations de la fonction publique d'État portent uniquement sur le risque santé, à hauteur de 50 % du montant de référence, et s'imposent à compter du 1^{er} janvier 2024, soit deux ans avant l'obligation concernant la FPT. Par ailleurs, les employeurs publics de la FPE ne bénéficient pas de la latitude offerte aux employeurs territoriaux car ils ont quant à eux une obligation de mettre en œuvre une convention de participation à compter du 1^{er} janvier 2024.

Enfin, le législateur a prévu dans l'ordonnance la mise en œuvre d'un dispositif transitoire pour les employeurs publics d'Etat, consistant à verser aux agents un remboursement forfaitaire pour leurs frais de santé dès le 1^{er} janvier 2022 et jusqu'à l'entrée en vigueur en 2024, de la participation obligatoire à hauteur de 50 % d'un montant de référence. Le décret n°2021-1164 du 8 septembre 2021 précise d'une part que le montant forfaitaire transitoire imposé pour la FPE est de 15 € par mois et d'autre part, les modalités de vérification du caractère solidaire et responsable des contrats de PSC souscrits par les agents de la FPE.

L'ordonnance prévoit deux autres spécificités propres à la fonction publique territoriale :

- **L'ordonnance préserve le maintien de la dualité entre les deux procédures existantes : d'une part la convention de participation et d'autre part, la labellisation.** Les collectivités préservent ainsi la possibilité d'opter pour l'un ou l'autre des dispositifs pour chacune des deux garanties et de façon indépendante l'une de l'autre. En revanche, il est conservé le fait que ces deux procédures soient exclusives et ne peuvent pas être mises en œuvre en parallèle l'une de l'autre pour une même garantie.
- **Le rôle des centres de gestion est renforcé en matière de PSC.** Ils ont désormais une obligation de conclure des conventions de participation en matière de PSC, dès lors qu'ils sont mandatés en ce sens par une ou plusieurs collectivités, et la possibilité de conclure ces conventions à un niveau régional ou interrégional. Les collectivités intéressées donnent mandat au Centre de Gestion, ce qui ne les engage pas pour la suite à une quelconque adhésion.



L'ordonnance prévoit également la **possibilité de mettre en œuvre des conventions de participation à souscription obligatoire** pour les agent-e-s, à tout ou partie des garanties, sous réserve de l'adoption d'un **accord majoritaire avec les représentant-e-s du personnel**. L'ordonnance précise qu'en cas de mécanisme d'adhésion obligatoire, des cas de dispense d'adhésion seront prévus, notamment pour les agents déjà couverts par un contrat ou règlement collectif en qualité d'ayant-droit.

Enfin, comme indiqué en préambule de ce rapport, la réforme prévoit la **tenue d'un débat** portant sur les garanties accordées aux agent-e-s en matière de PSC au sein de l'assemblée délibérante, avant le 18 février 2022 et s'agissant de la Région, **avant le 31 décembre 2021**, en raison du renouvellement récent de l'assemblée délibérante. Même si l'ordonnance ne précise pas quelle est la teneur de ce débat, peuvent notamment être abordés le choix de la procédure, la méthodologie à privilégier, le calendrier de mise en œuvre, l'enveloppe financière à dédier, etc.

L'ordonnance fixe un cadre pour les employeurs publics et notamment des échéances. Néanmoins, de nombreuses interrogations persistent dans l'attente de la parution des décrets qui sont attendus d'ici la fin de l'année 2021. Déclinés pour chacune des fonctions publiques, ces décrets devraient préciser les montants de référence, les garanties minimales des contrats santé et prévoyance, les agents éligibles, les cas de dispense d'adhésion dans l'hypothèse d'un contrat de groupe ou encore le rôle et les modalités de recours aux centres de gestion.

2.2 Les éléments d'appréciation des deux dispositifs envisageables

S'agissant de la fonction publique territoriale, et par dérogation, la réforme de la PSC maintient la possibilité pour les employeurs d'opter pour la convention de participation ou la labellisation pour chacune des deux garanties : mutuelle et prévoyance de façon indépendante. En revanche, les deux systèmes sont exclusifs l'un de l'autre et ne peuvent pas être mis en œuvre pour une même garantie.

	Labellisation	Convention de participation/contrat de groupe
 Principe	La participation de la collectivité est réservée aux agent-e-s disposant d'un contrat dit « labellisé » figurant sur une liste officielle garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires (actifs et retraités, familles nombreuses...)	La participation financière de la collectivité est réservée aux agent-e-s adhérents au contrat ou règlement proposé dans le cadre d'une convention de participation signée par la collectivité avec un organisme, au terme d'une mise en concurrence organisée par elle.
 Points positifs	<ul style="list-style-type: none"> - La procédure de mise en place est simple pour l'employeur : aucune sélection d'opérateur à mettre en place, pas de délai de mise en œuvre et aucun engagement dans la durée. - Chaque agent-e est libre de choisir parmi un large panel de contrats labellisés et/ou de conserver son assureur, le contrat est individuel et permet à chacun de choisir son niveau de garantie, adapté à ses propres besoins. - Facilite la portabilité de la couverture en cas de mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrat unique (avec différentes options possibles) permettant de définir les besoins des agents et de négocier sur le prix, les prestations et les services associés : <i>Exemple pour la prévoyance : pas de questionnaire de santé pour tout nouvel adhérent peu importe la date d'entrée dans le dispositif, pas d'application du délai de carence, contraindre l'organisme à verser la prestation maintien de salaire sous un délai de 30 jours et non à 3-4 mois, comme le prévoient de nombreux contrats, demander à ce que les récurrences de graves maladies soient prises en compte (récurrences de cancer...)</i> - Mutualisation et homogénéisation au sein de la collectivité, possibilité de demander un interlocuteur dédié (attention toutefois, certaines collectivités ont eu des déconvenues)





<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Points négatifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ne permet pas de faire jouer la concurrence entre les organismes ni d'intervenir sur le contenu du contrat - Disparité des situations au sein d'une même collectivité, les agent-e-s ayant des contrats différents (pas de contact privilégié qui pourrait être pertinent notamment pour la prévoyance) - Chaque agent-e doit faire la recherche de son contrat : les agent-e-s sont parfois perdus face à ces démarches - Les contrats labellisés sont souvent plus onéreux que les contrats non labellisés en raison du principe de solidarité - Questionnaire médical avec exclusion possible (difficulté de souscrire à un contrat pour les agents en situation de handicap ou avec des problématiques de santé) - Application d'un délai de carence d'1 an lors d'une souscription après 6 mois d'ancienneté ou changement de contrat) 	<ul style="list-style-type: none"> - Procédure de mise en concurrence longue et complexe qui nécessite une particulière : un accompagnement par une AMO en maîtrise des codes des assurances et de la mutualité est indispensable => Sinon possibilité de recours au CDG - S'agissant de la mutuelle, difficulté de réussir à contenter les besoins très hétéroclites des agent-e-s - Méconnaissance du nombre final d'adhérent-e-s (adhésion facultative) qui peut limiter la négociation sur le prix - Les agent-e-s demeurent libres de leur adhésion mais n'ont pas le choix de l'assureur – Réticence de certains agent-e-s à devoir changer d'opérateur à l'échéance du contrat de groupe (potentiellement tous les 6 ans) - Défaut de portabilité de la couverture en cas de mobilité - Risque fort d'augmentation des prix du contrat (<i>retours d'expériences de plusieurs collectivités qui ont connu des augmentations successives importantes, allant de 15 % jusqu'à 50 %/an, surcoût supporté à la fois par l'agent-e et par la collectivité</i>)
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En raison du principe de solidarité, les contrats labellisés ne sont pas toujours intéressants, sur le plan financier même avec l'aide de l'employeur, notamment pour un-e agent-e jeune, célibataire et sans enfant. - Les agents renoncent parfois à l'aide de l'employeur pour un contrat non labellisé qui reste plus intéressant financièrement même après déduction de l'aide. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite de s'assurer de l'équilibre du contrat sur la durée de la convention, notamment lorsque les tarifs proposés sont très attractifs. - Vigilance particulière eu égard à la pyramide des âges de la collectivité qui présente un déséquilibre au profit d'un âge moyen relativement élevé - Nécessite de bien mesurer les risques au sein de la collectivité : recueil de statistiques fiables sur la sinistralité, l'absentéisme, l'invalidité, la pyramide des âges, la composition familiale... - Nécessite de questionner de nombreux points préalablement à l'élaboration du cahier des charges : peser les avantages/risques notamment sur l'équilibre financier du contrat pour déterminer les garanties. <i>Exemple : pour la garantie décès, certains contrats de prévoyance proposent des rentes viagères d'éducation des enfants => mesurer l'intérêt sur une échelle collective par rapport au coût supplémentaire induit...</i> - S'assurer que l'opérateur ait une parfaite connaissance du statut de la fonction publique territoriale afin que l'offre émise soit complémentaire avec les dispositifs de celui-ci - Prévoir dans la mesure du possible des clauses de continuité de contrat sur des périodes transitoires ou possibilité de rétrocession pour les agent-e-s ayant des pathologies graves qui nécessitent une continuité de leur contrat - Démarches à faire par les agent-e-s pour résilier leur éventuel contrat précédent (s'ils souhaitent bénéficier de ce contrat collectif)

2.3 Les options possibles concernant la convention de participation

Dans l'hypothèse où les employeurs optent pour la mise en œuvre de la convention de participation pour au moins une des garanties, ils ont désormais :

- La possibilité de rendre l'adhésion des agent-e-s obligatoire, sous réserve des représentant-e-s du personnel
- De mandater le centre de gestion pour conclure une convention de participation, à un niveau régional ou interrégional.

Ces modalités de déploiement sont indépendantes l'une de l'autre mais peuvent tout à fait être cumulées.

	Adhésion obligatoire	Recours au centre de gestion
 Principe	Sous réserve de mettre en place un accord collectif en matière de PSC (ordonnance n°2021-174 du 17 février 2021), la souscription des agent-e-s peut être rendue obligatoire, à l'instar de ce qui se pratique dans le secteur privé.	Le rôle des centres de gestion est renforcé et ils ont désormais une obligation d'intervention dès lors qu'ils sont mandatés par une collectivité pour conclure une convention de participation. Ces conventions peuvent être conclues à un niveau régional ou interrégional selon les modalités déterminées par le schéma régional ou interrégional de coordination, de mutualisation et de spécialisation.
 Points positifs	<ul style="list-style-type: none"> - Diminue le risque d'augmentation budgétaire car plus le nombre d'adhérent-e-s est important, plus on va mutualiser les risques et équilibrer le contrat, le tarif en sera plus intéressant - La réforme prévoit des possibilités de dispenses notamment pour les agent-e-s qui seraient déjà couverts par leur conjoint (uniquement pour la mutuelle santé) - S'agissant de la prévoyance : Permet de garantir une couverture maintien de salaire aux agent-e-s peu informés ou réfractaires pour divers motifs à souscrire à une prévoyance 	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise et technicité nécessaire à la conduite de la procédure de mise en concurrence confiée au CDG - Intérêt de mutualiser le risque avec d'autres employeurs (et potentiellement des collectivités avec une pyramide des âges moins vieillissante) - La procédure n'est pas engageante pour la collectivité. Au terme de la mise en concurrence et une fois l'opérateur et l'offre déterminés, l'employeur est libre de rejoindre ou non la convention de participation conclue par le CDG (risque de déséquilibrer le contrat si des employeurs « se désengagent »).
 Points négatifs	<ul style="list-style-type: none"> - De nombreux agent-e-s des lycées bénéficient d'un contrat historique MGEN avec un bon niveau de garanties et un tarif avantageux - Risque de mécontentement fort à imposer un contrat groupe à souscription obligatoire - Nécessite d'attirer l'attention des agent-e-s sur les délais de résiliation de leur contrat - S'agissant de la mutuelle santé : Ne présente que peu d'avantage pour la santé (les besoins étant très hétéroclites) – risque fort de mécontentement 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarification de la prestation par le CDG selon des tarifs différenciés pour les collectivités affiliées ou non affiliées. - Pas d'interlocuteur direct car la vie du contrat est gérée par le Centre de gestion
 Vigilance	- S'agissant de la prévoyance : une meilleure couverture en terme de garantie maintien de salaire, pourrait avoir pour effet d'augmenter l'absentéisme et donc induire une augmentation tarifaire in fine.	- Des précisions sont attendues d'ici la fin de l'année 2021 sur le rôle des CDG et la mise en œuvre des conventions de participation qui pourraient faire évoluer les informations en notre possession actuellement.

3. Un débat en cours

Rapidement, après analyse des enjeux de cette réforme et des modalités connues, la Région a organisé des temps de concertation avec les organisations syndicales dans le cadre de l'agenda social.

Ainsi trois réunions, entre juillet et octobre 2021, ont permis d'informer les représentants du personnel et d'échanger sur le cadre juridique, les modalités de déclinaison possibles mais aussi les limites de l'exercice, en raison d'un certain nombre de précisions en attente de la parution des décrets.

3.1 L'expression des représentants du personnel

A ce stade, les échanges avec les représentants du personnel se sont essentiellement portés sur le choix de la procédure, entre la labellisation et la convention de participation. Toutes les organisations syndicales s'accordent sur la difficulté de départager les deux dispositifs. En effet, en l'absence d'une part de connaissance des garanties minimum proposées et d'autre part des montants de référence minimum imposés par la réforme, les représentants du personnel ont souligné la difficulté de pouvoir prendre position.

En effet, les représentants du personnel ont exprimé le fait qu'ils regrettaient d'une part le manque de visibilité en l'absence de la parution des décrets mais aussi le calendrier très contraint, imposé par le législateur pour mener ce débat devant l'assemblée délibérante.

La nécessité de revaloriser les aides accordées par l'employeur en faveur de la mutuelle et de la prévoyance est unanimement portée par l'ensemble des représentants du personnel, indépendamment du montant minimum qui sera imposé à la collectivité. L'effet incitatif de la participation employeur doit plus fortement être recherchée pour la couverture prévoyance, dont le pourcentage d'agents couverts est jugé trop faible par les organisations syndicales.

Indépendamment du choix entre les deux procédures existantes, certains représentants du personnel s'interrogent sur l'impact positif que pourrait représenter une revalorisation attractive du montant accordé par l'employeur, associé à un plan de communication renforcé à destination des agents, pour favoriser une meilleure connaissance des risques et de l'intérêt de souscrire à un contrat de prévoyance, y compris si l'employeur faisait le choix de maintenir la labellisation.

D'autres organisations syndicales se montrent plus favorables à la convention de participation et à l'intérêt de mutualiser le plus possible pour favoriser une meilleure couverture des agents, en lien avec les centres de gestion et éventuellement les autres grandes collectivités bretonnes, dans la mesure du possible. Les organisations syndicales mettent en avant plusieurs points de vigilance, concernant les niveaux de garanties et la nécessité de prévoir plusieurs options possibles afin de contenter un maximum d'agents. La solidarité entre les actifs et les retraités est sollicitée par certains représentants du personnel, tout comme la portabilité des droits pour tout agent quittant la collectivité.

Dans l'hypothèse d'un contrat de groupe, les organisations syndicales semblent à ce stade peu favorables à rendre l'adhésion obligatoire. Il est notamment mis en avant un fort attachement des agents à leur mutuelle personnelle et aux contraintes que pourraient représenter un changement d'opérateur, potentiellement tous les 6 ans (durée d'une convention de participation). Les organisations syndicales ont également exprimé l'importance de ne pas sous-estimer le risque fort d'augmentation des taux de cotisation au cours du contrat et la nécessaire prudence et vigilance à ne pas imposer l'adhésion obligatoire. Enfin, dans le cadre d'une convention de participation, la question d'un prélèvement des cotisations agents directement sur le salaire est également évoquée comme pouvant plus facilement contribuer au maintien de ces garanties, qui sont parfois résiliées ou impayées par les agents en difficulté financière, les exposant encore davantage.

En terme de méthodologie, certaines organisations syndicales ont émis le souhait que la collectivité puisse être accompagnée par une assistance à maîtrise d'ouvrage non seulement dans l'optique de travailler à la déclinaison d'un contrat de groupe mais bien en amont pour aider la collectivité et les représentants du personnel à définir les orientations les plus adaptées, au regard de la population à couvrir. Il a également été évoqué le fait que la collectivité puisse mener une étude d'impact auprès des agents ou encore la volonté des représentants du personnel de les consulter, étapes que le calendrier contraint n'a pas permis jusqu'à présent. Enfin, bien que les questions de calendrier ont peu été abordées à ce stade, une organisation syndicale a néanmoins sollicité une mise en œuvre plus précoce, à savoir dès 2023 pour la prévoyance et 2024 pour la complémentaire santé, ainsi qu'un alignement au minimum sur le montant qu'appliquera la Fonction Publique d'Etat.

Les expressions des différentes organisations syndicales sont relativement diverses et variées mais il en ressort une volonté d'être extrêmement prudent sur les choix qui pourraient être opérés avec un souhait d'avoir un état des lieux le plus large possible. Face aux nombreuses incertitudes présentes et dans l'attente de la parution des décrets, la question du calendrier, et les montants de participation n'ont pas encore été abordés.

3.2 La position de l'administration

A ce stade, l'administration n'a pas arrêté de position pour les mêmes raisons que les représentants du personnel. Le manque de précision concernant les garanties minimales prises en compte et les montants de référence représentent une réelle difficulté pour se projeter sur le plan budgétaire mais aussi sur la procédure à privilégier.

Pour autant, sur le choix de la procédure, plusieurs éléments plaident, à ce stade, davantage vers la labellisation, et plus encore s'agissant du risque santé.

En effet, s'agissant de la mutuelle santé, et considérant l'attachement des agents à leur propre mutuelle, il apparaît difficile et relativement périlleux de réussir à négocier un contrat de groupe permettant de contenter les besoins très hétéroclites des agents régionaux, même en envisageant différentes options possibles au sein du contrat.

D'un point de vue technique et dans l'hypothèse du recours à la convention de participation pour une ou les deux garanties, il sera alors nécessaire de prendre en compte la complexité que requiert la mise en œuvre et le suivi d'une telle procédure. La mise en concurrence nécessite de définir puis d'analyser des critères et leur pondération, en fonction de la sinistralité hypothétique, de la composition de la population gérée, des critères d'assurance, etc... Il s'agit d'un métier d'actuaire qui requiert des compétences très spécifiques qui ne sont pas détenues en interne, d'où la nécessité de recourir à une assistance à maîtrise d'ouvrage. Au-delà de l'aspect financier et technique, le suivi de la convention de participation nécessite une mobilisation conséquente de la collectivité en terme de moyens humains. Au-delà de la gestion, du suivi des adhésions et de l'attribution des aides, un comité de suivi doit être organisé chaque année avec la mutuelle ou l'organisme retenu pour vérifier la santé financière de l'organisme et du contrat. La responsabilité de la collectivité en matière de garantie proposés aux agents l'impliquera fortement, en tant que gestionnaire du contrat et de fait, ne laissera plus de liberté de choix d'organisme aux agents qui souhaiteraient continuer à bénéficier d'une aide financière de l'employeur. Le rôle et la place des CDG dans cette supervision et animation technique ne sont pas communs.

S'agissant du contenu des contrats négociés, s'il est vrai que l'on peut effectivement exiger des garanties minimales « ambitieuses », plus la collectivité aura d'exigences, plus le prix d'appel sera élevé et moins d'agents souhaiteront adhérer. Par ailleurs, dans l'hypothèse d'un contrat de groupe mutualisé, les exigences de la collectivité pourraient être différentes des besoins exprimés par les autres employeurs publics. Un travail de coordination doit être nécessairement conduit.

Même si les prix des contrats négociés sont moins élevés que les prix pratiqués dans le cadre de la labellisation, il faut toutefois nuancer cet argument sachant que les conventions de participation sont conclues pour une période de 6 ans. Le contrat d'assurance lié est quant à lui renégocié annuellement en fonction de la sinistralité, voire du taux d'adhésion. L'expérience de plusieurs autres collectivités, témoigne d'un phénomène d'augmentation des prix de manière considérable. Ceci est d'autant plus important que la collectivité présente une pyramide des âges vieillissante (l'âge moyen est supérieur à 50 ans dans toutes les filières) qui implique de fait un risque d'augmentation fort du taux de sinistralité dans les années à venir (tenant compte par ailleurs d'une diminution du nombre de retraites pour carrière longue, d'une augmentation probable de la durée de cotisation et d'un report possible de l'âge de départ à la retraite).

Enfin, la convention de participation laisse la possibilité à de grands groupes d'assurances de se positionner aux côtés des mutuelles, qui pourraient potentiellement renoncer à candidater, eu égard à la difficulté de rivaliser face au secteur de l'assurance.

Dans l'immédiat, du fait de ces points de vigilance et incertitudes, la collectivité entend poursuivre les travaux et les discussions engagés dans le cadre de l'agenda social, dès lors que seront connus précisément les contours et l'ampleur de cette réforme, et en particulier les montants de référence et les garanties minimales prévues par le législateur en matière de contrat santé et prévoyance. Elle considère également nécessaire qu'une coordination régionale des CDG et gros employeurs territoriaux puisse avoir lieu. Dans l'attente de ces éléments, la collectivité entend poursuivre son action volontariste en faveur des agents de la Région à travers le financement partiel des contrats prévoyance et santé bénéficiant d'une labellisation.

Ainsi, il vous est proposé :

- **De débattre sur le contenu de ce rapport ;**
- **De prendre acte 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 profit de ses agents ;**

- **D'acter le principe que le Comité Technique sera consulté pour examiner les résultats de ces travaux et à terme le projet de participation de l'employeur en complémentaire au bénéfice des agents de la collectivité.**

Le Président,



Loïg CHESNAIS-GIRARD