

CENTRE DEPARTEMENTAL DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DES DEUX-SEVRES

Siège et secrétariat : 9 rue Chaigneau – CS 80030
79403 SAINT MAIXENT L'ECOLE CEDEX

☎ 05. 49. 06. 08. 50. et 05. 49. 06. 08. 56.

Internet : www.cdg79.fr / e.mail : cdg79@cdg79.fr

CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 7 JUILLET 2025

DELIBERATION N° 3 : Protection sociale complémentaire – choix de l'attributaire de la convention de participation en santé et autorisation de signature convention cdg/assureur

L'an deux mil vingt-cinq, le sept du mois de juillet, le Conseil d'administration du Centre de gestion s'est réuni à SAINT-MAIXENT-L'ECOLE, rue de l'Abbaye, sous la présidence de Monsieur Alain LECOINTE.

Date de convocation 30 juin 2025

Etaient présents : 14 membres titulaires et suppléants

M. Alain LECOINTE, Mme Sylvie COUSIN, M. Hervé LE BRETON, M. Roland MORICEAU, M. Michel CHANTREAU, M. Jean-Marc BERNARD, Mme Chantal BRILLAUD, Mme Murielle HEURTEBISE-DANIAUD, Mme Nadine KIMBOROWICZ, Mme Corine MICOU, M. Olivier POIRAUD, M. Jean-Michel RENAULT, M. Jérôme BARON, M. Michel RICORDEL.

- M. Laurent BALAVOINE, Conseiller aux décideurs locaux DGFIP - présent

Etaient excusés : M. Johnny BROSSEAU, M. Stéphane BAUDRY, Mme Marie-Noëlle BEAU, M. Jacques BILLY, M. Patrice CESBRON, Mme Maryse CHARRIER, Mme Claudine GRELLIER, Mme Marie-Pierre MISSIOUX, M. Jean-François MOREAU, Mme Sylvie BAZANTAY, Mme Armelle CASSIN, M. Olivier FOUILLET, Mme Maryline GELÉE, M. Jean-François RENOUX.

- Mme Christelle MERDJIMEKIAN, comptable du SGC de St Maixent– excusée

Monsieur le Président rappelle que par délibérations des 17 février 2025 et 31 mars 2025, le Conseil d'administration a approuvé la réalisation de toutes les opérations nécessaires en vue de conclure, par application combinée de l'article L452-11 et L. 827-7 du code général de la fonction publique, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, une convention de participation pour la couverture des risques Santé de leurs agents. La délibération du 17 février 2025 donnant mandat au Centre de Gestion de la Gironde pour mener l'ensemble de ces opérations.

Le Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 pris en application des lois de modernisation de la fonction publique et de la fonction publique territoriale a défini les procédures permettant aux employeurs publics de contribuer financièrement aux contrats santé de leurs agents. Une circulaire du 25 mai 2012 en a précisé les modalités d'application.

Cette décision peut faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal Administratif de Poitiers, pour excès de pouvoir, dans le délai de 2 mois à compter de sa publication.

S'agissant de la procédure de convention de participation, comme les dispositions de l'article L 452-11 et de L. 827-7 du code général de la fonction publique le lui permettent, le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Gironde a mené une procédure de mise en concurrence pour le compte du Centre de Gestion des Deux-Sèvres, dans le cadre d'une démarche mutualisée avec le CDG des Landes (40) et celui de la Charente-Maritime (17). Les collectivités ont donné mandat au CDG79 par délibération, afin de trouver un opérateur (mutuelle, assureur), en matière de Santé en vue de conclure une convention de participation à adhésion facultative.

Monsieur le Président rappelle que les dispositions précitées permettent aux centres de gestion d'être le porteur des conventions de participation visant à la couverture des risques susvisés pour une durée de 6 ans.

A cette fin, 323 collectivités (*représentant 7380 agents tous statuts confondus et 19570 adhérents potentiels comprenant enfants, actifs et retraités*) ont transmis les données statistiques. Ces éléments ont été compilés par le Cabinet ALCEGA Conseil qui accompagne le Centre de Gestion de Gironde et à travers lui, celui des Deux-Sèvres, dans la mise en œuvre de cette procédure.

L'avis d'appel public à concurrence a été mis en ligne sur la plateforme dématérialisée demat-ampa.fr par le Centre de Gestion le 1^{er} avril 2025 après finalisation du cahier des charges réalisé par le Cabinet ALCEGA Conseil.

Le 16 mai 2025, à l'issue de la mise en concurrence, 1 offre a été remise pour la santé pour le lot regroupant les CDG17, 40 et 79.

Le rapport définitif d'analyse des offres a été remis par le Cabinet ALCEGA conseil au Centre de Gestion le 23 juin 2025.

Le rapport d'analyse des offres a été présenté au comité de suivi et de pilotage pour la PSC le 30 juin 2025. 2

Après vérification par les services du Centre de Gestion, le dossier de synthèse, présenté au Comité Social Territorial près le Centre de Gestion, a recueilli un avis favorable le 1^{er} juillet 2025.

Monsieur le Président propose qu'à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue par le décret susvisé, et au vu du résultat de l'analyse des offres réalisée par le Cabinet ALCEGA Conseil, que soit retenue l'offre présentée par :

En santé : Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)

Les garanties proposées sont :

Soins courants				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr .				
Honoraires :				
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	150%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	130%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	115%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales	/	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	/	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)				
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	100%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Pharmacie non remboursée (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	/	100 €	150 €	200 €
Substituts nicotiniques	100%	150 €	150 €	150 €
Contraception non remboursée	50 €	50 €	100 €	200 €
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr .				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation du patient actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	/	60 €	80 €	100 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	50 €	70 €

3

Cette décision peut faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal Administratif de Poitiers, pour excès de pouvoir, dans le délai de 2 mois à compter de sa publication.

Optique				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€.				
Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet	Remboursement intégral			
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :				
a) Equipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Equipement à verres mentionnés au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	100 €	150 €	200 €	400 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	/	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	/	200 €	300 €	400 €

Dentaire				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	200%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral			
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Prothèses dentaires (par prothèse)	/	200 €	300 €	500 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	/	200 €	300 €	500 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	300 €	500 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	/	100 €	300 €	600 €

Aides auditives				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet	Remboursement intégral			
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100%	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100%	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :				
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	200 €	200 €	200 €	200 €
Assistance	/	Oui	Oui	Oui

Cette décision peut faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal Administratif de Poitiers, pour excès de pouvoir, dans le délai de 2 mois à compter de sa publication.

Les tarifs proposés sont :

Tarification au 1er janvier 2026	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfants (gratuité à compter du 3 ^{ème})	15,54 €	25,43 €	32,00 €	36,66 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	23,53 €	38,46 €	48,39 €	55,43 €
Adulte actif de 31 à 40 ans inclus	28,03 €	45,84 €	57,69 €	66,06 €
Adulte actif de 41 ans à 50 ans inclus	35,58 €	58,16 €	73,20 €	83,83 €
Adulte actif de 51 ans à 60 ans inclus	44,16 €	70,38 €	88,58 €	101,44 €
Adulte actif de 61 ans et plus	63,38 €	101,02 €	127,13 €	145,61 €
Retraité	69,66 €	112,12 €	140,43 €	160,45 €

Monsieur le Président rappelle qu'il appartient désormais aux collectivités ayant donné préalablement mandat au Centre de Gestion pour la réalisation de la mise en concurrence, de déterminer si elles souhaitent entrer ou non dans le dispositif et les invite à suivre rigoureusement les modalités de mise en œuvre et le calendrier qui leur sera transmis par le Centre de Gestion afin de pouvoir bénéficier des taux et des montants présentés par l'opérateur retenu et valable à compter du 1^{er} janvier 2026. Ces données chiffrées (conditions particulières et conventions) sont annexées à la présente ainsi que le rapport d'analyse.

Les employeurs publics qui n'auraient pas donné mandat, pourront à la demande et sous réserve de l'acceptation de l'opérateur retenu intégrer la convention de participation proposée.

Vu l'article L 451-11 du Code Général de la Fonction Publique,

Vu les articles L. 827-1 et suivants du code général de la fonction publique relatifs à la protection sociale complémentaire et plus particulièrement l'article L827-7

Vu les articles L. 221-1 et suivants du code général de la fonction publique relatifs à la négociations et accords collectifs,

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 de leurs agents et les quatre arrêtés d'application du 8 novembre 2011,

Vu le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement,

Vu le rapport d'analyse des offres de la consultation relative à la convention de participation santé,

Vu la convention de participation du contrat collectif d'assurance santé,

Vu les conditions particulières du contrat collectif d'assurance santé,

Vu l'avis du Comité social territorial du 10 décembre 2024 sur le lancement des consultations pour la mise en place de conventions de participation à adhésion facultative pour les risques santé et prévoyance,

Vu l'avis du Comité social territorial du 11 mars 2025 consulté sur les dossiers de consultation,

Vu les délibérations du Conseil d'administration des 17 février 2025 et 31 mars 2025

Vu l'avis favorable du Comité Social Territorial en date du 1^{er} juillet 2025 relatif à l'acceptation de l'offre proposée par la MNT en matière de Santé et validant la convention de participation garanties santé,

Considérant que le rapport d'analyse des offres a été présenté au comité de suivi et de pilotage pour la PSC le 30 juin 2025,

Il est proposé au Conseil d'administration du Centre de Gestion des Deux-Sèvres de poursuivre les opérations pour conclure les conventions de participation avec l'opérateur retenu.

Article 1 :

Le Conseil d'administration, sur le rapport de Monsieur le Président, après en avoir délibéré, et à l'unanimité de ses membres présents ou représentés :

DECIDE :

- De retenir à l'issue de la procédure de mise en concurrence relative au risque santé l'offre proposée par la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) ;
- De valider l'attribution de la convention de participation à l'organisme d'assurance MNT et la souscription de son contrat collectif d'assurance pour une durée de 6 ans à compter du 1^{er} janvier 2026.

AUTORISE :

Monsieur le Président à :

- Signer la convention de participation avec la MNT fixant les conditions, les garanties et les modalités du contrat à compter du 1^{er} janvier 2026 et pour une durée de 6 ans, les conditions particulières du contrat collectif d'assurance santé, ainsi que les conventions ou tout document nécessaires à la mise en œuvre du contrat au 1^{er} janvier 2026 dans les collectivités concernées ;
- Signer les avenants aux conventions de participation à venir en fonction de l'évolution de la législation ou de l'évolution des prix tels que fixés par le contrat signé avec l'opérateur,
- Informer les collectivités lui ayant donné préalablement mandat pour qu'elles se déterminent définitivement quant à leur choix d'entrer ou non dans le dispositif proposé,
- Informer les collectivités n'ayant pas manifesté leur intention de participer à la consultation, pour qu'elles se déterminent définitivement quant à leur choix d'adhérer ou non à la convention de participation proposée, sachant que l'assureur sollicitera une fiche statistique avant acceptation de l'adhésion et pourrait proposer des taux plus élevés dans le cas où la collectivité aurait une sinistralité venant déséquilibrer le marché.

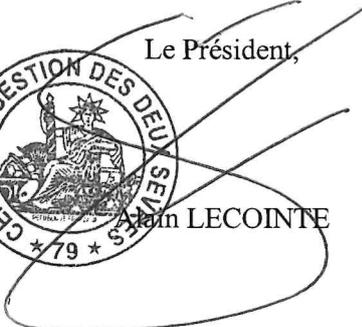
6

Article 2 : Les dispositions de la présente délibération prendront effet après transmission aux services de l'Etat et publication.

Article 3 : Le Président certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte qui pourra faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le tribunal administratif de Poitiers dans un délai de deux mois à compter de sa transmission au représentant de l'Etat et de sa publication.

Le Tribunal Administratif peut être saisi au moyen de l'application informatique Télérecours citoyen accessible par le biais du site www.telerecours.fr.

Ainsi délibéré et signé après lecture,

Le Président,

Jean LECOINTE

The image shows a circular official seal of the 'CENTRE DE GESTION DES DEUX SEVRES' with the number '79' and two stars. A signature in black ink is written over the seal and extends to the right.

Délibération télétransmise en Préfecture le :
Accusé réception le :

08 JUL. 2025

08 JUL. 2025

Cette décision peut faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal Administratif de Poitiers, pour excès de pouvoir, dans le délai de 2 mois à compter de sa publication.

EXÉCUTOIRE

08 JUIL. 2025

Publiée le :

Certifiée conforme à l'original

Saint-Maixent-l'École, le :

08 JUIL. 2025

Pour le Président et par délégation,
Le Directeur général,

Cyrille DEVENDEVILLE