

Saisine du Comité SocialTerritorial

à présenter à l’instance du …………………………

**Objet :** **Protection sociale complémentaire /choix du dispositif de participation et montant de la participation sante et prévoyance**

**Textes de référence :**

* Articles L 827-1 et suivants du code général de la fonction publique relatifs à la protection sociale complémentaire,
* 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
* L’ordonnance n° 2021-175 prévoit la participation obligatoire des employeurs territoriaux au financement des garanties de la PSC (santé et prévoyance) de leurs agents publics, quel que soit leur statut.
* Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 précise les garanties minimales au titre de la protection sociale complémentaire et définit les montants de référence permettant de déterminer la participation minimale obligatoire des employeurs au financement des cotisations destinées à couvrir les risques

**Collectivité/Etablissement public** :

 Ville…………………………………………………………………………………….

Nombre d’habitants :

Personne en charge du dossier

🕿 : …..…/…...…/…...../..….../…..... Mail :

Nombre d’agents : Titulaires : …….. Stagiaires : ……..

 Contractuels de droit public : …….. Contractuels de droit privé :

EXPOSE :

Au terme des procédures d’appel à concurrence, le conseil d’administration du Centre de gestion des Deux-Sèvres a retenu le 7 juillet 2025, après avis du CST du 1er juillet 2025, les offres santé et prévoyance de la **Mutuelle Nationale Territoriale** *(associée à Relyens pour la gestion des contrats).* Le Centre de gestion propose aux collectivités et établissements publics des conventions de participation à adhésion facultative pour les agents en santé et prévoyance. **Celles-ci entrent en vigueur au 1er janvier 2026 pour une durée de 6 ans**.

Pour répondre à leurs obligations de participation financière au financement des garanties de protection sociale complémentaire, les collectivités peuvent :

* adhérer aux conventions de participation santé et prévoyance conclues entre la MNT et le CDG79. Les agents sont libres d’y adhérer. Aucun questionnaire de santé est demandé à l’adhésion. Les taux du contrat collectif prévoyance sont identiques quels que soient l’âge et l’état de santé de l’agent. Le contrat collectif santé comporte une tarification par tranche d’âge.

**OU**

* verser une participation au titre des contrats individuels labellisés. Pour bénéficier de la participation, l’agent doit remettre l’attestation de l’organisme mutuelle ou assurance attestant que son contrat est labellisé.

*Pour un même risque, il n’est pas possible de cumuler les deux dispositifs.*

Les montants mensuels minimums de la participation :

* Prévoyance : **7 € minimum / agent**, à compter du 1er janvier 2025
* Santé : **15 € minimum / agent**, à compter du 1er janvier 2026

Les montants de participation peuvent être modulés le cas échéant selon les revenus et/ou leur situation familiale, dans un but d’intérêt social.

**Le CST est saisi pour avis avant délibération actant le choix du dispositif de participation et le montant de la participation.**

**AVIS DU CST – RISQUE PREVOYANCE**

**Pour la participation Prévoyance, la collectivité/l’établissement a fait le choix *(un seul choix possible\****) **:**

|  |
| --- |
| * **De la convention de participation PREVOYANCE : adhérer au contrat collectif de la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) / RELYENS à adhésion facultative proposé par le CDG 79.**

*NB : Dans ce cas, seuls les agents qui souscriront au contrat proposé par la collectivité pourront bénéficier de la participation financière de l’employeur.* |
| * **De la labellisation : participer au titre des contrats individuels labellisés**

*NB : Dans ce cas, chaque agent est libre de choisir l’organisme de son choix pour la couverture "****PREVOYANCE****". L’agent pourra bénéficier de la participation financière de l’employeur à conditions que le contrat qu'il a choisi soit labellisé.* |

**Montant de la participation employeur au titre du risque Prévoyance :**

L’employeur envisage de verser : …………………€ par agent et par mois\*\*, à compter du 01/01/2026

Il est prévu une modulation \* : ❑ NON ❑ OUI

Si oui, la modulation est fonction \*: ❑ des revenus ❑ de la situation familiale

Précisez : …………………………………………………………………………….……………………………………………

……………..…………………………………………………..………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….

**\**Cochez la case correspondante à votre choix***

*\*\* : montant forfaitaire. Pas de proratisation en fonction du temps de travail de l'agent*

***DATE ET SIGNATURE DE L’AUTORITE TERRITORIALE :***

***Fait le ……………………………………….à…………………….***

***Nom et Prénom de l’autorité territoriale et Cachet***

**Avis du CST** (Espace réservé au Centre de gestion)

**Pour :**

**Contre :**

**Abstention :**

**OBSERVATIONS :**

**AVIS DU CST – RISQUE SANTE**

**Pour la participation SANTE la collectivité/l’établissement a fait le choix *(un seul choix possible\****) **:**

|  |
| --- |
| * **De la convention de participation SANTE : adhérer au contrat collectif de la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) à adhésion facultative proposé par le CDG 79.**

*NB : Dans ce cas, seuls les agents qui souscriront au contrat proposé par la collectivité pourront bénéficier de la participation financière de l’employeur.* |
| * **De la labellisation : participer au titre des contrats individuels labellisés**

*NB : Dans ce cas, chaque agent est libre de choisir l’organisme de son choix pour la couverture "****SANTE****". L’agent pourra bénéficier de la participation financière de l’employeur à conditions que le contrat qu'il a choisi soit labellisé*  |

**Montant de la participation employeur au titre du risque SANTE :**

L’employeur envisage de verser : …………………€ par agent et par mois\*\*, à compter du 01/01/2026.

Il est prévu une modulation\* : ❑ NON ❑ OUI

Si oui, la modulation est fonction \*: ❑ des revenus ❑ de la situation familiale

Précisez : …………………………………………………………………………….……………………………………………

……………..…………………………………………………..………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**\**Cochez la case correspondante à votre choix***

*\*\* : montant forfaitaire. Pas de proratisation en fonction du temps de travail de l'agent*

***DATE ET SIGNATURE DE L’AUTORITE TERRITORIALE :***

***Fait le ……………………………………….à…………………….***

***Nom et Prénom de l’autorité territoriale et Cachet***

**Avis du CST** (Espace réservé au Centre de gestion)

**Pour :**

**Contre :**

**Abstention :**

**OBSERVATIONS :**