

Information du Comité Social Territorial (CST)

Avis de Principe pour toutes les collectivités rattachées au CST du Centre de Gestion de la FPT de la Marne

Convention de participation pour la couverture du risque Santé (PSC) au profit des agents du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne et des collectivités territoriales et établissements publics du ressort géographique du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne

Textes de référence

- Article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique ;
- Code Général des Collectivités Territoriales ;
- Code général de la fonction publique, et notamment les articles Code général de la fonction publique, L.452-11, L. 221-1 à L. 227-4 et L. 827-1 à L. 827-12 ;
- Code de la commande publique et plus particulièrement les dispositions de l'article L. 2124-3 (procédure avec négociation)
- Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- Circulaire N°RDFB 1220789 C du 25 mai 2012 relative à la participation des collectivités territoriales et des établissements publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- Ordonnance 2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique ;
- Ordonnance 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ;
- Décret 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 ;
- Accord collectif national du 11 juillet 2023 portant réforme de la Protection Sociale Complémentaire dans la Fonction Publique Territoriale ;

Présentation du contexte

La réforme de la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique territoriale, initiée par l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021, place la couverture des risques prévoyance et santé des agents au premier plan de la responsabilité des employeurs publics territoriaux. Elle introduit notamment une obligation pour ces derniers de mettre en œuvre une participation financière à la couverture du risque frais de Santé à compter du 1^{er} janvier 2026, ainsi que des niveaux minimums de couverture. Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 est venu en préciser les modalités.

A l'issue d'un processus de négociation engagé au niveau national, l'accord collectif signé le 11 juillet 2023 ouvre, en parallèle du volet Prévoyance, des discussions sur les contours des futurs régimes de couverture du risque Santé. En effet, les parties audit accord s'engagent à un dispositif de revoyure qui a vocation à se substituer à celui prévu au II de l'article 8 du décret n° 2022-581 du 20 avril 2022.

A ce stade, la participation minimale des employeurs territoriaux en matière de Frais de Santé depuis le 1^{er} janvier 2026 s'établit à 15€ par agent et par mois (soit 50 % d'un montant de référence fixé à 30€). En outre, les contrats Frais de Santé proposés aux agents de la Fonction Publique Territoriale doivent être constitués d'un panier de



soins de référence, déterminé par le décret n° 2022- 581 du 20 avril 2022 et précisé au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Dans le cadre de contrats collectifs, les employeurs publics territoriaux doivent donc engager une procédure de mise en concurrence en conformité avec le code de la Commande Publique pour sélectionner le ou les organismes assureurs qui couvriront les garanties de Frais de Santé ;

Au regard de ce contexte et afin de répondre à l'ensemble de ces enjeux, le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne et les employeurs publics ont décidé d'engager un marché pour être en mesure de proposer à l'ensemble des agents une offre pointue et adaptée aux différentes problématiques rencontrées en matière de frais de santé, à compter du 1er janvier 2027.

Parallèlement, l'article 2 de l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 a confirmé le rôle d'expertise des Centres de Gestion qui ont désormais l'obligation de conclure, pour le compte des collectivités territoriales et des établissements publics de leur ressort, des conventions de participation en matière de Santé et de Prévoyance. Ainsi, le 23 septembre 2025, le Conseil d'Administration du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne a délibéré favorablement au lancement d'une consultation pour la mise en place d'une convention de participation à adhésion facultative pour la couverture du risque Santé, à compter du 1^{er} janvier 2027, au profit des agents du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne et des collectivités territoriales et établissements publics de son ressort géographique.

Depuis octobre 2025, un groupe de travail composé d'employeurs et de représentants du personnel, accompagné par un assistant à maîtrise d'ouvrage, a été constitué afin d'échanger sur les évolutions réglementaires.

Ce groupe de travail a participé à la définition du cahier des charges exprimant les besoins qui ont été soumis aux soumissionnaires, ainsi qu'à la définition des conditions dans lesquelles les attributaires des contrats seront sélectionnés.

Information sur l'attribution du marché

La consultation relative à la passation d'une convention de participation pour la mise en œuvre de couvertures complémentaires de Frais de Santé au profit des agents du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne et des collectivités territoriales et établissements publics du ressort géographique du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne a été publiée le 29 janvier 2026 pour une remise des offres fixée au 22 mai 2026 à 12h00.

Six offres ont été remises.

Après analyse des offres, la Commission d'Appel d'Offres réunie le 18 juin 2026 a retenu l'offre présentée par INTERIALE / RELYENS, arrivée en première position et apparue comme étant l'offre économiquement la plus avantageuse.

Les taux de cotisations proposés par le groupement MUTUELLE INTERIALE / RELYENS SPS sont maintenus pendant les trois premières années de la convention, hors évolutions réglementaires et fiscales, et hors évolution du PMSS.

A compter de la 4^{ème} année, le montant de la revalorisation annuelle des taux de cotisations ne pourra excéder 7% d'augmentation, hors évolutions réglementaires et fiscales et hors évolution du PMSS.

Le Conseil d'Administration du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne a attribué le marché au candidat INTERIALE / RELYENS lors de sa séance du 18 juin 2026.

Taux de cotisations présentés par l'attributaire :

	Structure de cotisation	Régime 1	Régime 2	Régime 3
INTERIALE/RELYENS	Adulte	1,28%	1,96%	2,35%
	Enfant	0,53%	0,82%	1,08%
R1, R2, R3 : régimes 1, 2 et 3 du contrat. Les taux sont exprimés en pourcentage du PMSS 2026.				
Cotisations mensuelles traduites en Euros :				
	Structure de cotisation	Régime 1 (cotisation mensuelle en €)	Régime 2 (cotisation mensuelle en €)	Régime 3 (cotisation mensuelle en €)
INTERIALE/RELYENS	Adulte	51,26 €	78,50 €	94,12 €
	Enfant	21,23 €	32,84 €	43,25 €

L'adhésion des agents ne sera pas soumise à critères d'âge, de santé, sans questionnaire préalable : une cotisation par personne assurée sera attendue selon le régime choisi.

Ex : 1 famille monoparentale, avec 2 enfants / choix Régime 2 : $78,50€ + (32,84€ \times 2) = 144,18€$

Pour information : la gratuité pour le 3^{ème} enfant et tous les suivants, sera effective.

En cas d'adhésion de l'employeur territorial à la convention de participation proposée par le Centre de Gestion de la Marne, ce dernier n'aura alors l'obligation de verser sa participation qu'aux seuls agents adhérents à ce même contrat. Tout autre couverture santé/mutuelle présentée ne pourra bénéficier du soutien financier de l'employeur.

L'adhésion est FACULTATIVE pour les agents.

Pour les agents ayant liquidé leurs droits à la retraite avant le 1er Janvier 2027, un accès à une couverture est possible selon les cotisations suivantes, mais sans participation de l'employeur.

RETRAITE avant 1/1/2027	Structure de cotisation	Régime 1	Régime 2	Régime 3
INTERIALE/RELYENS	Adulte	2,44%	3,79%	4,88%
	Enfant	0,53%	0,82%	1,08%
R1, R2, R3 : régimes 1, 2 et 3 du contrat. Les taux sont exprimés en pourcentage du PMSS 2026.				

Le CST est sollicité pour se prononcer sur un avis de principe pour chaque collectivité/EPCI qui lui est rattaché.e. :

- ➔ **Il appartient à chaque collectivité/EPCI de déterminer le montant de la participation employeur dans le respect des minimas imposés par le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 en matière de Frais de Santé, soit pour rappel, 15€ par agent et par mois depuis le 1^{er} janvier 2026 (soit 50 % d'un montant de référence fixé à 30€).**
- ➔ **Une synthèse semestrielle des collectivités/EPCI ayant décidé d'adhérer sera transmise au CST, déclinant les modalités de participation choisies.**

ANNEXE

Niveaux de garanties proposés à l'issue de la consultation et du choix de l'opérateur.

GARANTIES		Prestations ⁽¹⁾		
		Régime 1	Régime 2	Régime 3
ACTES COURANTS				
Honoraires médicaux	Consultations / visites généralistes OPTAM	125% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
	Consultations / visites généralistes NON OPTAM	105% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
	Consultations / visites spécialistes OPTAM	125% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
	Consultations / visites spécialistes NON OPTAM	105% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
	Actes techniques médicaux OPTAM (actes de spécialités)	120% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
	Actes techniques médicaux NON OPTAM	100% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
Imagerie médicale / radiologie OPTAM		100% de la BR	125% de la BR	200% de la BR
Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM		100% de la BR	105% de la BR	180% de la BR
Analyses médicales en laboratoire / examens		100% de la BR	125% de la BR	150% de la BR
Dispositif "Mon soutien psy"		100 % de la BR	100 % de la BR	100% de la BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)		100% de la BR	125% de la BR	150% de la BR
Médicaments (pharmacie dont vaccins et contraception prescrite et prise en charge)		100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Contraception prescrite non remboursée par la sécurité sociale - forfait annuel		0 €	20 €	100 €
Transport		100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité, psychiatrie et SSR)				
Soins et frais de séjour hospitaliers		100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM / OPTAM ACO		125% de la BR	200% de la BR	300% de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM / NON OPTAM ACO		105% de la BR	180% de la BR	200% de la BR
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences		100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière avec nuitée (par jour et sans limite)		30 €	70 €	80 €

Chambre particulière sans nuitée (par jour et sans limite)	10 €	20 €	30 €
Frais d'accompagnement enfant de - 16 ans (par jour et sans limite)	20 €	30 €	40 €
DENTAIRE ⁽²⁾			
Soins et prothèses « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF	100% FR	100% FR	100% FR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAITRISES (dans la limite des HLF. Y compris Inlay - Onlay)	150% de la BR	250% de la BR	350% de la BR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES (y compris Inlay - Onlay)	150% de la BR	300% de la BR	400% de la BR
Soins hors « 100 % santé »	100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (par prothèse, dans la limite de 3 prothèses par an)	100 €	300 €	400 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	150% de la BR	350% de la BR	425% de la BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	0 €	150 €	300 €
Parodontologie / gingivectomie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	60 €	200 €	300 €
Implants (par an)	100 €	600 €	900 €
AUDIOLOGIE			
Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV, à compter du 1er janvier 2021	100% FR	100% FR	100% FR
Équipement auditif hors «100 % santé » - classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille, à compter du 1er janvier 2021)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 400 €	100% de la BR + 600 €
Périodicité (équipement auditif par oreille)	1 fois tous les 4 ans et par bénéficiaire		
Petits accessoires auditifs (piles...) ou forfait entretien	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
OPTIQUE			
Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'optique autres – classe B – PANIER TARIFS LIBRES ; remboursement par équipement (<u>dont remboursement de la monture limité à 100 €</u>)			
Verres simples	150 €	250 €	350 €
Verres complexes	300 €	400 €	500 €
Verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Périodicité	1 fois tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfant selon l'âge*		

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire, au-delà remboursement à hauteur du panier de soins)	100 €	200 €	250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	200 €
Chirurgie réfractive (par œil)	0 €	150 €	300 €
AUTRES PRESTATIONS			
Véhicule pour personnes en situation de handicap - location de courte durée - Prise en charge dans la limite des PLV (4)	100% FR	100% FR	100% FR
Équipement « 100 % santé » - Prothèse capillaires de classe II - Prise en charge dans la limite des PLV (4)	100% FR	100% FR	100% FR
Cure thermale acceptée : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport ⁽²⁾ (par an)	100% de la BR + 50 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 300 €
Médecine non conventionnelle (ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, mésothérapeute, micro-kinésithérapeute, réflexologue, diététicien, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue, psychologue) (3) (par an)	75 €	150 €	200 €
Vaccins antigrippal, vaccins pris en charge par la sécurité sociale, contraception sur prescription médicale	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Petit appareillage, pansements, accessoires	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Orthopédie (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Prothèses mammaires, prothèses oculaires, prothèses capillaires de classes III et IV (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Grand appareillage (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Médicaments homéopathiques non remboursés par la Sécurité sociale, médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale et inscrits à la rubrique "médicaments" du VIDAL (par an, sur présentation d'une facture de pharmacie)	30 €	60 €	100 €
Actes de prévention (définis par arrêté du 8 juin 2006)	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation	Oui	Oui	Oui

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale. Elles s'entendent par bénéficiaire.

(2) Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.

(3) Praticiens reconnus dans les annuaires professionnels de santé

(4) En application des dispositions du décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025



PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale – BR : Base de Remboursement – BRR : Base de Remboursement Reconstituée – FR : Frais Réels – TM : Ticket Modérateur – OPTAM/ OPTAM ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Anesthésie Chirurgie et Obstétrique - PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraire Limite de Facturation.

* sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue (changement de dioptrie de 0,25 par œil ou 0,50 pour les deux yeux), par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

« 100 % santé » : équipements et frais tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale. La proposition de couverture santé respecte les obligations réglementaires en matière de contrat responsable.