

**EXTRAIT DU PROCES VERBAL
DES DÉLIBÉRATION DU CONSEIL COMMUNAUTAIRE**

Séance du 8 décembre 2025

| | | |
|-------------------------------|------|--|
| Nombre de membres en exercice | : 64 | L'AN DEUX MILLE VINGT CINQ, LE HUIT DÉCEMBRE à 15 h 30, le Conseil Communautaire s'est réuni , après convocation légale, sous la présidence de M. Emmanuel SERAPHIN, Président. |
| Nombre de présents | : 37 | |
| Nombre de représentés | : 5 | Secrétaire de séance : Mme Laetitia LEBRETON |
| Nombre d'absents | : 22 | |

OBJET

AFFAIRE N°2025_179_CC_45
*Modalités de participation au financement
de la protection sociale complémentaire
(PSC) - volet SANTE*

Nombre de votants : 42

NOTA :

Le Président certifie que :

- la convocation a été faite le :
2 décembre 2025

- date d'affichage et de publication de la liste
des délibérations au plus tard le
15/12/2025

ÉTAIENT PRÉSENT(E)S :

M. Emmanuel SERAPHIN - Mme Denise DELAVANNE - M. Alexis POININ-COULIN - M. Salim NANA-IBRAHIM - Mme Pascaline CHEREAU-NEMAZINE - M. Jean-Philippe MARIE-LOUISE - Mme Virginie SALLE - M. Irchad OMARJEE - M. Julius METANIRE - Mme Marie-Bernadette MOUNIAMA-CUVELIER - M. Jean-Noel JEAN-BAPTISTE - Mme Laetitia LEBRETON - Mme Mireille MOREL-COIANIZ - M. Dominique VIRAMA-COUTAYE - Mme Marie-Anick FLORIANT - M. Michel CLEMENTE - Mme Roxanne PAUSE-DAMOUR - Madame Martine GAZE - M. Yann CRIGTON - Mme Vanessa MIRANVILLE - Mme Jocelyne CAVANE-DALELE - Mme Marie-Josée MUSSARD-POLEYA - M. Armand VIENNE - Mme Florence HOAREAU - M. Olivier HOARAU - Mme Annick LE TOULLEC - M. Henry HIPPOLYTE - M. Jean-Claude ADOIS - M. Fayzal AHMED-VALI - Mme Danila BEGUE - M. Pierre Henri GUINET - M. Philippe LUCAS - Mme Marie-Annick HAMILCARO - M. Daniel PAUSE - M. Houssamoudine AHMED - M. Christophe DAMBREVILLE - M. Jean MARCEAU

ÉTAIENT ABSENT(E)S :

M. Tristan FLORIANT - Mme Melissa PALAMA-CENTON - M. Guylain MOUTAMA-CHEDIAPIN - M. Alain BENARD - Mme Lucie PAULA - Mme Eglantine VICTORINE - M. Karl BELLON - M. Gilles HUBERT - Mme Amandine TAVEL - M. Philippe ROBERT - Mme Catherine GOSSARD - Mme Jasmine BETON - M. Armand MOUNIATA - Mme Marie ALEXANDRE - Mme Brigitte DALLY - Mme Jacqueline SILOTIA - M. Rahfick BADAT - Mme Armande PERMALNAICK - M. Jacky CODARBOX - Mme Jocelyne JANNIN - M. Jean François NATIVEL - Mme Audrey FONTAINE

ÉTAIENT REPRÉSENTE(E)S :

Mme Huguette BELLO procuration à M. Emmanuel SERAPHIN - Mme Méllissa COUSIN procuration à M. Irchad OMARJEE - Mme Suzelle BOUCHER procuration à M. Dominique VIRAMA-COUTAYE - Mme Brigitte LAURESTANT procuration à Mme Danila BEGUE - M. Bruno DOMEN procuration à M. Philippe LUCAS

CONSEIL COMMUNAUTAIRE DU 8 DÉCEMBRE 2025

AFFAIRE N°2025_179_CC_45 : MODALITÉS DE PARTICIPATION AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE (PSC) - VOLET SANTE

Le Président de séance expose :

La Protection Sociale Complémentaire (PSC) est un mécanisme d'assurance facultatif permettant aux agents de bénéficier d'une couverture financière face aux aléas de la vie.

Ce dispositif se décline en deux volets :

- Le **volet PREVOYANCE** dont l'objet est de maintenir la rémunération des agents dans le cadre d'une incapacité temporaire de travail, d'une invalidité, d'une inaptitude ou d'un décès,
- Le **volet SANTE** qui permet le remboursement complémentaire des frais de soins de santé.

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la Protection Sociale Complémentaire dans la fonction publique et le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 ont introduit une obligation pour les employeurs publics de participer au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs agents afin de favoriser un accès plus équitable à une couverture complémentaire.

Ces textes imposent aux collectivités et établissements publics de participer aux dépenses engagées par leurs agents :

- A compter du 1^{er} janvier 2025 pour le volet PREVOYANCE pour un montant minimal de 7 € bruts par agent et par mois (soit 84 euros bruts par an),
- A compter du 1^{er} janvier 2026 pour le volet SANTE, pour un montant minimal de 15 € bruts par agent et par mois (soit 180 euros bruts par an).

A titre de rappel, depuis le 1^{er} janvier 2025, la communauté d'agglomération participe au risque PREVOYANCE de ses agents à hauteur de 7 euros bruts par mois et par agent sous réserve de souscription au contrat collectif à adhésion facultative proposé par le Centre de Gestion de La Réunion (*délibération du Conseil communautaire n°2024_190_CC_38 en date du 16 décembre 2024 relative à la Protection Sociale Complémentaire – Convention de participation au risque Prévoyance*).

Le présent rapport a pour objet de présenter les différentes options de mise en œuvre du volet SANTE de la Protection Sociale Complémentaire au sein de l'EPCI.

Les modalités de participation aux garanties SANTE :

Les modalités de mise en œuvre de la participation des employeurs au financement des garanties SANTE de leurs agents sont fixées par l'organe délibérant après avis du Comité Social Territorial. Conformément au Code Général de la Fonction Publique (CGFP) et au Décret n° 2022-581 du 20 avril 2022, la participation de l'employeur est versée aux agents selon l'une des modalités suivantes :

- a) **La labellisation** : l'employeur participe aux cotisations versées par les agents ayant souscrit un contrat individuel labellisé, reconnu conforme aux exigences de solidarité et de responsabilité. Cette option, non soumise aux dispositions du Code de la commande publique, laisse aux agents le libre choix de leur organisme de complémentaire santé.

- b) **Le contrat collectif conclu par l'employeur :** l'employeur ID : 974-249740101-20251212-2025_179_CCL45-DE concurrence, une convention de participation avec un organisme d'assurance qui peut être à adhésion facultative ou obligatoire pour les agents. Ce dispositif implique une gestion directe du contrat par l'employeur.
- c) **Le contrat collectif conclu par le Centre de Gestion :** conformément à l'article L.827-7 du CGFP, les centres de gestion sont tenus de proposer aux collectivités et établissements publics qui le souhaitent une convention de participation mutualisée qui leur permet d'adhérer à un contrat collectif, à adhésion facultative ou obligatoire, garantissant des conditions avantageuses en termes de tarifs, de garanties et de gestion administrative.

Ces dispositifs sont exclusifs les uns des autres.

La convention de participation proposée par le Centre de Gestion de La Réunion :

Par courrier en date du 6 décembre 2024, le Centre de Gestion de La Réunion a informé la communauté d'agglomération du lancement d'un appel d'offres afin de :

- proposer aux employeurs volontaires un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des agents pour une durée de 6 ans
- répondre aux exigences réglementaires du 1^{er} janvier 2026.

A l'issue de la mise en concurrence effectuée par le Centre de gestion de La Réunion du 11 mars 2025 au 28 avril 2025, l'offre de la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) a été retenue par son Conseil d'administration réuni le 23 juin 2025.

L'offre de la MNT et le détail des garanties prévues par la convention de participation du Centre de Gestion de La Réunion sont joints en annexe.

Le montant de la participation financière de l'employeur :

Conformément au Décret n° 2022-581 du 20 avril 2022, la participation financière de l'employeur pour les garanties SANTE ne peut être inférieure à 15,00 € bruts par mois et par agent. Il appartient à l'assemblée délibérante de fixer par délibération ce montant, après consultation du Comité Social Territorial.

A titre de rappel, le Territoire de l'Ouest participe depuis 2013, aux dépenses de protection sociale complémentaire SANTE à hauteur de 25 euros par mois par agent pour les agents ayant souscrits individuellement à un contrat labellisé (délibération n°2013-007/C1-007 du Conseil communautaire en date du 25 février 2013).

Dans le cadre de la mise en œuvre du volet SANTE de la Protection Sociale Complémentaire, il est proposé de maintenir le montant actuel de participation (soit 25 euros par agent et par mois).

Les options de mise en œuvre du volet SANTE de la Protection Sociale Complémentaire au sein de l'EPCI :

S'agissant des modalités de participation, plusieurs options sont envisageables pour la mise en œuvre du volet SANTE de la Protection Sociale Complémentaire :

- a) **Le contrat individuel labellisé :** le choix de cette option correspondrait au maintien du dispositif actuel ne nécessitant aucune nouvelle délibération.
- b) **Le contrat collectif à adhésion facultative ou obligatoire** souscrit par le Territoire de l'Ouest auprès d'un organisme d'assurance à l'issue d'une procédure de marché public. L'assemblée délibérante devra au plus tard le 31 décembre 2025 acter par délibération de principe le choix de ce mode de contractualisation et définir si l'adhésion des agents sera

facultative ou obligatoire. Compte tenu des délais de procédure de l'appel d'offres, un contrat collectif ne pourra effectivement être proposé aux agents qu'après la date limite de dépôt des offres.

- c) **Le contrat collectif à adhésion facultative conclu par le Centre de Gestion de La Réunion avec la MNT.** L'assemblée délibérante devra au plus tard le 31 décembre 2025 acter par délibération le choix de ce mode de contractualisation. Néanmoins, à l'instar du contrat collectif du CDG sur le volet PREVOYANCE, une adhésion après le 1^{er} janvier 2026 reste possible sous réserve de l'accord de la MNT.

Il est proposé le versement de la participation employeur aux agents ayant souscrit individuellement à un contrat labellisé.

Avis reçu un avis favorable à l'unanimité des deux collèges du Comité Social Territorial du 20/11/2025.

A reçu un avis favorable en Conférence Des Maires du 20/11/2025.

A reçu un avis favorable en Commission Affaires Générales du 12/11/2025.

**LE CONSEIL COMMUNAUTAIRE,
Ouï l'exposé du Président de séance,**

APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ ET À L'UNANIMITÉ (PAR 0 ABSTENTION(S), 0 SANS PARTICIPATION, 0 CONTRE) DÉCIDE DE :

- RETENIR la procédure dite de labellisation pour la mise en œuvre du volet Santé de la Protection Sociale Complémentaire au sein de l'établissement,
- FIXER le montant de la participation financière de l'employeur à 25 euros bruts par agent et par mois pour chaque agent qui aura fait le choix de souscrire individuellement à un contrat labellisé reconnu conforme aux exigences de solidarité et de responsabilité sous réserve de produire un justificatif de cette labellisation chaque année,
- AUTORISER le Président à signer tous les actes relatifs à cette affaire,

Pour extrait conforme au registre des délibérations de la Communauté d'Agglomération TCO

Fait à Le Port, le
Le Président de séance
Emmanuel SERAPHIN
Président

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 |

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 adhérés 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://annuairesante.ameli.fr>

Honoraires :

| | | | |
|--|------|------|------|
| Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM | 125% | 150% | 200% |
| Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM | 105% | 130% | 180% |
| Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM | 150% | 200% | 250% |
| Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM | 130% | 180% | 200% |
| Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM | 150% | 200% | 250% |
| Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM | 130% | 180% | 200% |
| Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM | 100% | 125% | 200% |
| Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM | 100% | 105% | 180% |
| Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes) | 100% | 125% | 150% |
| Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS) | 100% | 100% | 100% |
| Analyse et examens de laboratoires | 100% | 125% | 150% |
| Frais de transport | 100% | 100% | 100% |

Médicaments :

| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie) | 100% | 100% | 100% |
| Vaccins antigrippaux | 100% | 100% | 100% |
| Vaccins | 100% | 100% | 100% |
| Contraception sur prescription | 100% | 100% | 100% |
| Substituts nicotiniques | 150 € | 150 € | 150 € |

Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)

| | | | |
|---|------|------|------|
| Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP) | 200% | 300% | 400% |
|---|------|------|------|

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

| | | | |
|---|---------|---------|---------|
| Participation assuré actes > 120 Euros (par acte) | Garanti | Garanti | Garanti |
| Pharmacie homéopathique (par an) | 50 € | 75 € | 100 € |
| Médecines douces (par an) | 100 € | 150 € | 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 |

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 adhérés 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://annuairesante.ameli.fr>

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

| | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM | 150% | 200% | 250% |
| Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM | 130% | 180% | 200% |
| Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM | 150% | 200% | 250% |
| Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM | 130% | 180% | 200% |
| Frais de séjour | 100% | 100% | 100% |
| Soins thérapeutiques | 100%+150€ | 100%+200€ | 100%+250€ |

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

| | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Participation du patient actes > 120 Euros | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS) | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Forfait journalier hospitalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Forfait journalier psychiatrie | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée) | 50 € | 65 € | 80 € |
| Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours) | 30 € | 35 € | 40 € |
| Amniocentèse | 30 € | 30 € | 50 € |

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 |

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 | Remboursement intégral | | |
|---|------------------------|-------|-------|
| Equipement complet | | | |
| 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 | 150 € | 250 € | 300 € |
| b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) | 225 € | 375 € | 450 € |
| c) Equipement à verres complexes | 300 € | 500 € | 600 € |
| d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) | 225 € | 375 € | 450 € |
| e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) | 300 € | 500 € | 600 € |
| f) Equipement à verres très complexes | 300 € | 500 € | 600 € |
| Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime | 150 € | 200 € | 250 € |
| Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques | 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 |
| Prestations remboursées par l'Assurance maladie : | | | |
| Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM | 100% | 125% | 150% |
| Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM | 100% | 105% | 130% |
| Traitement d'orthodontie | 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 | 200% | 300% | 400% |
| Panier de soins aux tarifs libres | 200% | 300% | 400% |
| Prestations non remboursées par l'Assurance maladie : | | | |
| Prothèses dentaires (par prothèse) | 200 € | 300 € | 400 € |
| Traitement d'orthodontie (par semestre) | 200 € | 300 € | 400 € |
| Parodontologie (par an) | 100 € | 250 € | 350 € |
| Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an) | 100 € | 300 € | 500 € |

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 |

*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 | 1 500 € | 1 500 € | 1 500 € |
| Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans | 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 |

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% |
| Détartrage annuel complet | 100% | 100% | 100% |
| Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans) | 100% | 100% | 100% |
| Dépistage hépatite B | 100% | 100% | 100% |
| Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans) | 100% | 100% | 100% |
| Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans) | 100% | 100% | 100% |
| Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006) | 100% | 100% | 100% |

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion) | 250 € | 250 € | 250 € |
| Assistance | Oui | Oui | Oui |