

Réforme de la protection sociale

Ce qu'il faut savoir

- 3 **Préambule**
- 4 **Historique de la réforme**
 - Remarques sur le caractère obligatoire de l'adhésion pour les actifs
- 7 **Les personnels éligibles au nouveau régime de la PSC**
 - Le cas général
 - Agents en fonction dans les COM et à Mayotte
 - Les agents en fonction à l'étranger
 - Le cas des retraités
 - Les ayants droit
 - Les dispenses d'affiliation à la PSC
- 9 **Le parcours d'affiliation : modalités**
 - Message adressé par la DGRH à tous les professeurs à la fin de l'année scolaire 2024–2025
 - Comment seront contactés les agents en activité ?
 - Début de la campagne d'affiliation
- 11 **Le nouveau régime**
 - Le panier de soins socle
 - Les deux options possibles
 - Démarches de résiliation du contrat actuel
- 13 **Le calcul des cotisations**
 - Les explications données par le ministère
 - Le montant des cotisations pour les actifs
 - Quelques exemples indicatifs
 - Répartition de la cotisation PSC
 - Le montant de la cotisation pour les ayants droit
 - Le montant de la cotisation pour les retraités
- 17 **Commentaires de la société des agrégés**
- 18 **Annexes**
 - Tableaux des garanties
 - Textes officiels

À partir du mois d'avril 2026, tous les agents actifs employés et rémunérés par les ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche et du ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative et leurs établissements publics devront adhérer au nouveau régime de Protection Sociale Complémentaire en santé (PSC).

Le ministère a mis en ligne une page spéciale, intitulée « *Avril 2026 : le déploiement de la protection sociale complémentaire* », avec une foire aux questions qui devrait être régulièrement mise à jour et que vous êtes invités à consulter.

Ce mémento vous présente les informations essentielles sur cette réforme, qui devrait entrer en vigueur le 1^{er} avril 2026. Il précise et complète, s'il y a lieu, les explications données par le ministère et répond aux principales questions que vous pouvez vous poser. Le tableau des garanties et la liste des textes officiels relatifs à cette réforme sont publiés en annexe.

Vous pouvez adresser au secrétariat de la Société des agrégés, en fonction de votre situation personnelle, vos remarques ou vos interrogations sur des points qui ne seraient pas évoqués. Elles nous permettront d'enrichir les prochaines versions de ce mémento.

Bonne lecture !

Historique de la réforme

Article 40

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnances toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° Redéfinir la participation des employeurs mentionnés à l'article 2 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires 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.

NB : Rappelons que l'article 38 de la Constitution précise les conditions dans lesquelles « le Gouvernement peut, pour l'exécution de son programme, demander au Parlement l'autorisation de prendre par ordonnances, pendant un délai limité, des mesures qui sont normalement du domaine de la loi. »

La réforme de la protection sociale complémentaire s'inscrit dans le cadre de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, notamment du premier alinéa de son article 40 (voir encadré). Même s'il y a des différences notables, on peut sans doute avancer que, dans son esprit, cette réforme est une transposition dans le public de l'Accord National Interprofessionnel (ANI), entré en vigueur en 2016, qui a généralisé la complémentaire santé d'entreprise.

Le Gouvernement et la majorité des fédérations de fonctionnaires ont conclu l'**accord du 26 janvier 2022** et l'**accord du 20 octobre 2023** dans le but de favoriser et d'améliorer la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique.

Le premier accord, relatif à la protection de la santé, crée un régime de protection complémentaire de la santé qui succédera d'une part, au dispositif temporaire de remboursement forfaitaire d'une partie des cotisations (forfait mensuel de 15 € depuis le 1^{er} janvier 2022) et, d'autre part, au dispositif de participation au financement des organismes référencés. Il prévoit officiellement la participation des employeurs publics pour la moitié de la cotisation d'équilibre du régime de protection complémentaire de la santé, un panier de soins de qualité et des mécanismes de solidarité en fonction de la rémunération, de la situation de famille et de la génération des bénéficiaires.

Le second accord, relatif à la prévoyance, prévoit une amélioration des garanties statutaires et définit des garanties interministérielles.

Un troisième accord, signé le 8 avril 2024, concerne spécifiquement la protection sociale complémentaire au MENJ, au MESR et au MSJOP. Il prévoit notamment :

- les garanties santé avec **adhésion obligatoire** ;
- les garanties en prévoyance avec adhésion facultative ;
- les dispenses d'adhésion ;
- la participation de l'État au financement pour les actifs ;
- la situation des ayants droit (conjoint, enfants...) ;
- l'affiliation facultative pour les retraités.

Choix du prestataire par l'État

À l'issue d'une procédure de marché public initiée en juin 2024, les ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche, des Sports, de la jeunesse et de la vie associative ont sélectionné le groupe **MGEN – CNP Assurances** pour gérer le régime collectif obligatoire de PSC en santé. MGEN est l'assureur principal ainsi que l'unique gestionnaire du contrat collectif et sera l'interlocuteur des agents et des services RH durant toute la durée du contrat. CNP assurances est le co-assureur du contrat.

Le marché public pour choisir l'organisme chargé de mettre en œuvre le régime collectif de prévoyance est en cours. Ce régime de prévoyance sera à adhésion facultative.

Entrée en vigueur de ce nouveau contrat

À partir du 1^{er} avril 2026, l'ensemble des agents des ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche et du ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative bénéficieront (**obligatoirement**, sauf dérogations définies à l'avance) du nouveau régime collectif de protection sociale complémentaire (PSC) en santé. ■

Vote des organisations syndicales

Accord du 26 janvier 2022 (Protection sociale complémentaire) : FO, FSU, UNSA, CFDT, CGT, Solidaires, FE-CGC

Accord du 20 octobre 2023 (Prévoyance) : FSU, UNSA, CFDT, CGT, FE-CGC, Solidaires

Accord du 8 avril 2024 (Protection sociale complémentaire au MENJ, au MESR et au MSJOP) : FSU, UNSA, CFDT, CGT, SNALC, SUD

Remarques sur le caractère obligatoire de l'adhésion pour les actifs

Nous avons souligné en gras, dans cet historique, le caractère obligatoire de l'adhésion à la PSC pour tous les actifs, l'adhésion au régime collectif de prévoyance restant facultatif. On peut légitimement s'interroger sur la justification de cette obligation que semblent avoir accepté les organisations syndicales qui ont signé ces accords. Jusqu'à présent, l'adhésion à une mutuelle était libre : chacun pouvait choisir son organisme, voire décider de ne pas souscrire de mutuelle. L'adhésion à un contrat suppose, en effet, généralement un consentement libre et éclairé. Une telle obligation pourrait donc être perçue comme une atteinte ou une restriction à la liberté individuelle. Mais cette obligation, quoi qu'on puisse en penser, peut trouver, notamment aux yeux des concepteurs de cette réforme, un fondement juridique et une justification financière.

Fondement juridique

L'article L827-2 de l'*Ordonnance n° 2021-1574 du 24 novembre 2021 portant partie législative du code général de la fonction publique* précise, en effet, cette possibilité d'obligation :

« Lorsqu'un accord valide au sens de l'article L. 223-1 prévoit la souscription par un employeur public mentionné à l'article L. 2 d'un contrat collectif pour la couverture complémentaire de tout ou partie des

risques mentionnés au premier alinéa de l'article L. 827-1, cet accord peut prévoir la participation obligatoire de l'employeur au financement des garanties destinées à couvrir tout ou partie des risques mentionnés au quatrième alinéa de ce dernier article.

Il peut également prévoir la souscription obligatoire des agents à tout ou partie des garanties que le contrat collectif comporte. »

Justification financière

Le caractère obligatoire de l'adhésion à ce contrat permet de garantir une couverture homogène pour tous les personnels et de renforcer la mutualisation des risques. De plus, elle a permis de négocier des tarifs plus avantageux grâce à l'effet de masse. Il va de soi que cette obligation ne peut être mise en œuvre que dans le cadre d'un accord collectif valide et qu'elle doit respecter les principes de proportionnalité et de nécessité.

Cette obligation ne posera sans doute pas de problème aux nombreux adhérents actuels de la MGEN, qui passeront à un nouveau système géré par cet organisme ; elle peut, en revanche, susciter des interrogations, voire un mécontentement chez les fonctionnaires qui, pour des raisons diverses, avaient choisi une autre mutuelle. ■

Les personnels éligibles au nouveau régime de la PSC

Le cas général

Sont éligibles à la PSC l'ensemble des personnels employés et rémunérés par l'un des ministères signataires ou par les établissements publics qui leur sont rattachés.

Dans les cas de détachement, de position normale d'activité (PNA)¹ et de mise à disposition (MAD), le contrat collectif obligatoire applicable est celui de l'employeur qui rémunère l'agent.

Conformément à l'*article 2. II* du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, les agents placés dans l'une des situations suivantes conservent la qualité de bénéficiaire actif :

- Congé parental d'éducation
- Congé de proche aidant
- Congé de présence parentale
- Congé de solidarité familiale
- Disponibilité pour raison de santé
- Congé sans rémunération pour raison de santé
- Disponibilité pour donner des soins à un enfant
- Disponibilité pour élever un enfant de moins de 12 ans
- Congé de formation professionnelle sans rémunération
- Congé pour cessation anticipée du fait d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante.

Agents en fonction dans les COM et à Mayotte

Le dispositif PSC est obligatoire pour les agents fonctionnaires ou contractuels de la fonction publique d'État affiliés à la Sécurité sociale française (ou affiliés à la caisse de Sécurité sociale de Mayotte).

Les agents en fonction à Wallis et Futuna, Saint Pierre et Miquelon, les contractuels de Polynésie Française, et les agents en fonction en Nouvelle-Calédonie depuis plus de six mois relevant de la CAFAT ne sont pas éligibles au nouveau régime de PSC car ils sont affiliés à des caisses locales. Un dispositif spécifique a été mis en place par l'*article 161* de la loi de finances 2025, afin de prévoir pour ces agents une participation forfaitaire de l'employeur aux contrats qu'ils ont souscrits individuellement.

Les agents affectés à Mayotte, pour lesquels le régime de PSC santé de droit commun est applicable en raison de la proximité du régime d'assurance maladie avec celui de la métropole, bénéficieront du régime de PSC santé avec quelques adaptations.

1. Mécanisme qui permet au fonctionnaire titulaire de l'État d'exercer des missions, correspondant à celles définies par le statut particulier de son corps d'appartenance, dans un autre département ministériel (ou établissement public), que son ministère de rattachement.

Les agents en fonction à l'étranger

Le dispositif de la PSC est obligatoire pour les agents en fonction à l'étranger affiliés à la Sécurité sociale française ou affiliés volontairement à la Caisse des Français de l'étranger (CFE). Ils bénéficieront du panier de soins étranger.

Les agents détachés auprès de l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE) dépendent du régime du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE). Les recrutés locaux ne sont pas éligibles à la PSC.

Le cas des retraités

Les retraités des ministères et de leurs établissements publics peuvent demander à adhérer à ce nouveau contrat ainsi que leurs ayants droit. **L'adhésion pour les personnels retraités étant facultative, le ministère ne participera pas à la prise en charge de la cotisation.**

Les ayants droit

Les agents des ministères concernés ont la possibilité de souscrire au contrat pour leurs ayants droit :

- leur conjoint (marié, pacsé ou concubin) ;
- leurs enfants jusqu'à 21 ans ;
- leurs enfants jusqu'à 25 ans s'ils sont étudiants, demandeurs d'emploi, alternants ou apprentis sur présentation annuelle d'un justificatif de poursuite d'études (certificat de scolarité par exemple) ;
- leurs enfants, sans limite d'âge, s'ils sont en situation de handicap reconnue par la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées).

La participation financière de l'employeur ne s'étend pas aux ayants droit.

Les dispenses d'affiliation à la PSC

Des dispenses d'affiliation sont possibles pour l'agent qui se trouve dans les cas suivants :

- S'il est bénéficiaire d'un contrat individuel à la date d'entrée en vigueur du nouveau régime. Il pourra être dispensé jusqu'à la date d'échéance de son contrat individuel dans la limite de 12 mois (il devra en faire la demande).
- S'il est bénéficiaire d'un contrat collectif à adhésion obligatoire en qualité d'assuré principal ou en qualité d'ayant droit. Pour ce dernier, le contrat collectif peut être à adhésion obligatoire ou facultative.
- S'il est titulaire d'un contrat à durée déterminée et bénéficiaire d'un contrat individuel de protection sociale complémentaire en santé.
- S'il est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire.

La dispense peut être présentée lors de l'entrée en vigueur du nouveau contrat collectif, de l'arrivée de l'agent au sein des ministères ou lors de la réalisation de l'événement ouvrant droit à la dispense (ex : affiliation à la complémentaire du conjoint).

Elle peut être présentée par l'agent dans le cadre de son parcours d'affiliation ou postérieurement dans son Espace personnel sécurisé.

À tout moment, l'agent pourra renoncer à cette dispense et demander à adhérer au contrat collectif. ■

Le parcours d'affiliation : modalités

Le parcours d'affiliation permet à chaque agent de communiquer à la MGEN les informations nécessaires à son affiliation au contrat collectif obligatoire ou de solliciter une dispense.

Chaque agent pourra y accéder à la réception d'un courriel d'affiliation qui comporte un lien vers le parcours. Ce lien est personnel et ne doit pas être transféré à un autre agent.

Le parcours d'affiliation est un parcours digital en plusieurs étapes qui permettent à chaque agent de choisir son niveau de couverture : socle, socle + option 1, socle + option 2 (*Voir ci-après*) et de compléter toutes les informations nécessaires à son affiliation (code régime, RIB, ayants droit, coordonnées, adresse courriel privilégiée de contact, etc.).

Importance de l'adresse courriel professionnelle

Pour les agents actifs, la première prise de contact avec l'organisme complémentaire et la transmission d'un lien vers le parcours d'affiliation se feront impérativement via l'adresse courriel professionnelle.

Dans le cadre de son parcours d'affiliation, l'agent pourra modifier son adresse courriel de contact et renseigner son adresse courriel personnelle. C'est sur cette adresse que lui seront alors adressées les futures communications de la MGEN.

Comment seront contactés les agents en activité ?

Le ministère, dans sa FAQ, traite de cette question (n°26). Nous reproduisons intégralement sa réponse :

« La première prise de contact par MGEN se fera sur l'adresse de messagerie professionnelle, par vagues académiques successives, **à partir de l'automne prochain et jusqu'en février 2026.**

Ce message est déterminant car il permettra aux agents de réaliser leur parcours digital individualisé d'affiliation et, le cas échéant, de souscrire à l'une des options, de couvrir leur conjoint et/ou enfants ou de solliciter une dispense. Il s'agit d'une démarche obligatoire pour tous les agents. **L'agent doit donc réaliser les actions suivantes :**

- se connecter dès aujourd'hui à sa messagerie professionnelle ;
- vérifier que son identifiant et son mot de passe d'accès à la messagerie professionnelle fonctionnent correctement ;
- consulter régulièrement sa boîte de messagerie professionnelle à compter de la rentrée 2025–2026 ;
- s'assurer régulièrement que sa messagerie professionnelle n'est pas pleine. »

Et si on ne finalise pas son parcours d'affiliation ?

Le ministère précise, à la question 27, que « si les agents n'effectuent pas ou ne finalisent pas leur parcours d'affiliation dans le délai de 21 jours après réception du courriel d'affiliation, ils seront affiliés d'office au nouveau régime, sans option, en avril 2026. »

Début de la campagne d'affiliation

Le ministère précise que « pour permettre au nouveau régime de débiter en avril 2026, des campagnes d'affiliation des agents seront organisées progressivement. Elles débiteront en septembre 2025 et se poursuivront jusqu'en mars 2026.

Chaque agent recevra, entre septembre 2025 et février 2026, un courriel de la MGEN sur sa messagerie professionnelle pour son affiliation. Dans la mesure où un nouveau contrat collectif obligatoire est mis en place, l'agent devra réaliser un parcours digital individualisé d'affiliation, dans un délai de 21 jours après réception du courriel d'affiliation. Ce parcours permettra à l'agent de souscrire à l'une des options, couvrir son conjoint et / ou ses enfants ou solliciter, le cas échéant, une dispense.

L'agent devra se munir d'une attestation de droits Sécurité sociale et d'un RIB pour réaliser son parcours. » ■

Message adressé par la DGRH à tous les professeurs à la fin de l'année scolaire 2024 – 2025

Madame, Monsieur,
À partir d'avril 2026, vous bénéficierez du nouveau régime collectif de protection sociale complémentaire (PSC) en santé, confié au groupement MGEN-CNP Assurances à l'issue d'une procédure de marché public. Ce dispositif vise à renforcer la couverture santé de chacun d'entre vous. Vous recevrez prochainement des informations détaillées sur ce sujet.

Nous attirons aujourd'hui votre attention sur un point essentiel : l'utilisation de votre adresse de messagerie professionnelle est indispensable au processus d'affiliation au contrat collectif obligatoire de la PSC santé.

En effet, c'est sur cette adresse que se fera la première prise de contact par la MGEN, par vagues académiques, à partir de l'automne prochain et jusqu'en février 2026.

Ce message est déterminant car il vous permettra de réaliser votre parcours digital individualisé d'affiliation et, le cas échéant, de souscrire à l'une des options, de couvrir votre conjoint et / ou vos enfants ou de solliciter une dispense. Il s'agit d'une démarche obligatoire pour tous les agents.

Pour garantir votre affiliation dans les meilleures conditions, qui s'effectuera à partir de l'automne 2025, nous vous invitons à :

- vous connecter dès aujourd'hui à votre messagerie professionnelle ;
- vérifier que votre identifiant et votre mot de passe fonctionnent correctement ;
- consulter régulièrement votre boîte de messagerie professionnelle à compter de la rentrée 2025/2026.

En cas de difficulté, vous pouvez consulter la page d'information pour contacter l'assistance de votre académie.

Le nouveau régime

Le nouveau régime comprend, selon les termes du ministère, « un panier de soins avantageux » qui sera « complété par deux garanties optionnelles permettant une protection améliorée à des tarifs maîtrisés ».

Le panier de soins socle

Fixé dans l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et défini par l'arrêté du 30 mai 2022, le panier de soins socle est commun à l'ensemble des ministères.

Il couvre les agents sur les différents types de soins :

- prise en charge des tickets modérateurs sur les honoraires des praticiens ainsi qu'accès au 100 % Santé ;
- prise en charge d'une partie du reste à charge sur les actes les plus onéreux (hospitalisation sur d'éventuels dépassements d'honoraires et par des forfaits pour les frais de séjour ; dépassements d'honoraires sur les spécialistes et les actes médicaux d'imagerie ou d'auxiliaires médicaux ; forfait pour des médicaments non remboursés ; large proportion des coûts de prothèses dentaires et d'orthodontie (y compris sur les implants dentaires) ; forfaits en optique selon la correction visuelle nécessaire ; forfaits pour prendre en charge des consultations de médecines douces et de psychologues ainsi que des actes de prévention.

Pour accompagner les agents dans la compréhension du nouveau contrat collectif santé, MGEN mettra à leur disposition une page dédiée expliquant l'ensemble des garanties et des services ainsi qu'un outil d'aide à la décision. Cette page d'accueil sera communiquée aux agents en amont du parcours d'affiliation.

Les deux options possibles

Les agents peuvent souscrire à l'une des deux options disponibles au-delà du panier socle. La souscription à ces options est facultative. Il sera possible de modifier son niveau d'options après une durée minimale d'adhésion de 12 mois à une option.

- La première option offre une prise en charge renforcée des dépassements d'honoraires, un complément du forfait en pharmacie et l'augmentation de la participation sur les consultations en médecine douce ou en psychologie.
- La seconde option offre, au-delà des garanties de la première option, des renforts additionnels sur la prise en charge des dépassements d'honoraires en médecine de ville et du matériel médical, un nombre plus élevé de consultations de psychologues, des compléments de remboursements sur les prothèses dentaires (y compris implants et orthodontie), les paires de lunettes et les audioprothèses.

Démarches de résiliation du contrat actuel

Les adhérents actuels de la MGEN n'auront pas de démarche à effectuer pour résilier leur ancien contrat. **Ils devront simplement suivre le parcours d'affiliation au nouveau régime.**

Dans tous les autres cas, il faut se rapprocher de son opérateur actuel pour connaître les modalités et les délais de résiliation de son contrat : elles peuvent différer d'un organisme à l'autre.

MGEN mettra à disposition des agents **un outil d'aide à la résiliation** qui les orientera dans les démarches à effectuer (cet outil sera dans la page d'accueil dont le lien sera transmis par un courriel en amont du courriel d'affiliation) et **un courrier type** pour faciliter leurs démarches. ■

Tableau détaillé des garanties

Vous trouverez en annexe de ce mémento un tableau détaillé des garanties socle et options : pour le socle, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie. Pour les options, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie et par le socle complémentaire (panier de soins interministériel).

Le calcul des cotisations

Nous publions ci-après les explications données sur le site du ministère de l'Éducation nationale, suivies de quelques commentaires.

Nous recommandons à nos lecteurs de se reporter à l'accord du 8 avril 2024 concernant la protection sociale complémentaire au MENJ, au MESR et au MSJOP, qui vise notamment à préciser « les garanties et prestations, les cotisations et les modalités de pilotage et de gestion des régimes ». Le titre III (voir sommaire en encadré) est consacré aux cotisations.

Accord du 8 avril 2024

Titre III – Cotisations

Chapitre 1^{er} – Cotisations au régime de protection en santé

Article 18 – Cotisations des actifs

Article 19 – Cotisations des ayants droit

Article 20 – Cotisations des retraités

Article 21 – Cotisation additionnelle au fonds d'aide des retraités

Article 22 – Cotisation additionnelle au fonds d'accompagnement social

Les explications données par le ministère (Questions 53 à 58)

53. Comment est calculée la cotisation d'un agent actif pour le contrat collectif obligatoire santé socle ?

Le montant des cotisations des agents ne varie ni en fonction de leur état de santé ni en fonction de l'âge.

La cotisation d'équilibre relative aux garanties socle est constituée de 3 parts :

- **Une part forfaitaire égale à 50 % de la cotisation d'équilibre** prise en charge par l'employeur public et versée directement par l'employeur à la MGEN ;
- **Une part forfaitaire égale à 20 % de la cotisation d'équilibre** prélevée sur la rémunération de l'agent ;
- **Une part solidaire variable prélevée sur la rémunération de l'agent**, calculée en appliquant un coefficient à la rémunération mensuelle brute de l'agent, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale. Le Plafond Mensuel de Sécurité sociale (PMSS) est un montant de référence qui permet notamment le calcul de certaines cotisations et/ou prestations. **Il est de 3 925 € brut par mois pour l'année 2025 et il est revu chaque année au 1^{er} janvier.**

54. Que sont les cotisations additionnelles ?

Des cotisations additionnelles sont prélevées sur la rémunération des agents pour financer le fonds d'aide aux retraités (3 % du montant total HT de la cotisation) et le fonds d'accompagnement social (2 % du montant total HT de la cotisation), prévus dans le décret du 22 avril 2022.

La contribution des ayants droit et des retraités est égale à 2 % du montant HT de leur cotisation pour chacun des deux fonds (le fonds d'aide aux retraités et le fonds d'accompagnement social), soit 4 % au total.

55. Quel est le coût du nouveau contrat collectif santé, pour l'agent et pour ses ayants droit ?

Pour aider à comprendre le nouveau contrat santé collectif, MGEN a créé une page d'accueil dédiée avec un outil d'aide à la décision. **Cette page d'accueil sera disponible en amont du parcours d'affiliation.** L'outil permettra à chaque agent de simuler ses cotisations et celles de ses ayants droit. Cette démarche peut être effectuée en toute autonomie par l'agent ou si besoin avec un accompagnement en appelant le numéro dédié qui sera indiqué dans les communications à venir.

NB : À notre connaissance, ce simulateur n'est pas encore actif au moment où nous composons ce mémento.

56. Quelle rémunération est prise en compte pour le calcul de la cotisation ?

La rémunération brute globale est prise en compte pour le calcul de la cotisation. Cela inclut tout ce qui est soumis à charges CSG/CRDS, dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

57. Le montant de cotisation prend-il en compte les variations de rémunération de l'agent en cours d'année ?

Oui, l'assiette de rémunération prend en compte les variations de sa rémunération, comme par exemple le complément indemnitaire annuel (CIA).

58. **Est-ce que toutes les cotisations sont prélevées sur la rémunération de l'agent ? Les deux parts de la cotisation d'équilibre relative aux garanties socle à la charge de l'agent seront prélevées sur sa rémunération et apparaîtront donc sur son bulletin de paie (voir la question 53 : part forfaitaire égale à**

20 % de la cotisation et part solidaire). La participation de l'employeur équivalent à 50 % de la cotisation d'équilibre apparaîtra également sur son bulletin de paie.

Les cotisations relatives aux options seront prélevées sur le compte bancaire de l'agent et n'apparaîtront donc pas sur le bulletin de paie. Toutefois, la participation de l'employeur à hauteur de la moitié du coût de l'option dans la limite de 5 € sera versée à l'agent et figurera sur son bulletin de paie.

Les cotisations des ayants droit seront prélevées par MGEN sur le compte bancaire de l'agent et n'apparaîtront donc pas sur son bulletin de paie. Elles ne donnent pas lieu à une participation de l'employeur.

Le montant des cotisations pour les actifs

Cotisation d'équilibre du régime 2026 :
75,4 € dont 37,7 € payés par l'État

Part forfaitaire :

2 % de la cotisation d'équilibre : 15,08 €

Part proportionnelle de la rémunération :

Formule : $30\% \times \text{cotisation d'équilibre} \times (\text{rémunération brute de l'agent} \div \text{rémunération brute moyenne de l'ensemble des agents})$.

Le plafond de la Sécurité sociale est en 2025 de 3925 € mensuels.

Cotisation additionnelle au fonds d'aide aux retraités : 3 % de la cotisation hors taxe payée par l'agent.

Cotisation additionnelle au fonds d'accompagnement social : 2 % de la cotisation hors taxe payée par l'agent.

Quelques exemples indicatifs

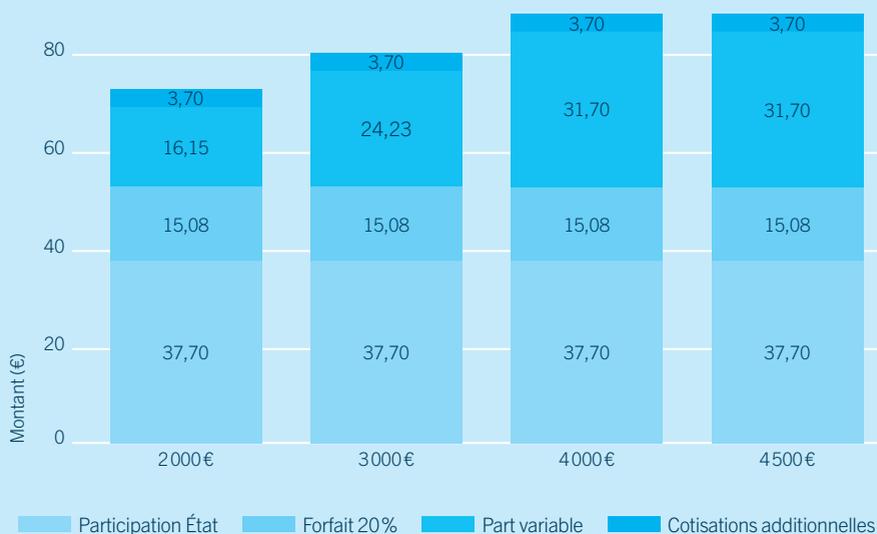
Les chiffres pour le calcul exact ne seront connus qu'en 2026. Ces exemples se fondent sur les données suivantes, qui ne sont qu'indicatives :

- Cotisation d'équilibre : 75,40 €
- Rémunération moyenne brute : 2 800 €
- Plafond rémunération considérée (PMSS) : 3 925 €

Traitement brut	2 000	3 000	4 000	4 500
Participation État	37,7	37,7	37,7	37,7
Forfait 20 %	15,08	15,08	15,08	15,08
Part variable en fonction du traitement	16,15	24,23	31,7	31,7
Cotisations additionnelles	3,7	3,7	3,7	3,7
Total cotisation	72,63	80,71	88,18	88,18
Dont part agent	34,93	43,01	50,48	50,48

À ce total s'ajoute éventuellement le montant des options (**Option 1** : 7,23€, **Option 2** : 30,33€
Part de l'employeur pour les options : 50% du coût **plafonné à 5€**).

Répartition de la cotisation PSC par niveau de traitement brut



Le montant de la cotisation pour les ayants droit

Enfants à charge

La cotisation est fixée à 45 % de la cotisation adulte pour les deux premiers enfants. À partir du 3^e enfant, l'affiliation devient gratuite (enfant à charge jusqu'à 21 ans ou jusqu'à 25 ans en cas de poursuite d'études).

Conjoints

La cotisation est fixée à 110 % du tarif adulte.

Pour les enfants, les options coûteront :

50 % du montant de l'option pour le premier enfant soit 3,68 € pour l'option A ou 15,16 € pour l'option B ;

25 % pour le second enfant soit 1,84 € pour l'option A ou 7,58 € pour l'option B ;

Gratuit à partir du 3^e enfant.

Pour les conjoints ayants droit, le tarif est fixé à **100 % du montant de l'option choisie**.

Pour les retraités

Les retraités ne bénéficient pas de la prise en charge de l'employeur et leur cotisation sera à 100 % de la cotisation d'équilibre, sans conditions d'âge ni de questionnaire de santé. **Leur cotisation augmentera progressivement** (100 % la 1^{re} année, 125 % la 2^e, 150 % les 3^e 4^e et 5^e années, 165 % la 6^e année, 175 % ensuite)¹. Au-delà de l'âge de 75 ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus en fonction de l'âge.

NB : *La contribution des ayants droit et des retraités pour la cotisation additionnelle est égale à 2% du montant HT de leur cotisation pour chacun des deux fonds, le fonds d'aide aux retraités et le fonds d'accompagnement social, soit un total de 4 %.* ■

Certaines organisations professionnelles proposent un simulateur, dont les résultats sont pour le moment, indicatifs et approximatifs. La MGEN mettra à la disposition des agents dont elle gèrera la PSC un simulateur officiel, qui permettra de calculer le montant exact de la cotisation.

1. Source : Portail de la fonction publique.

Commentaires de la Société des agrégés

Il n'est pas tout à fait exact de prétendre, comme le fait le ministère, que « *l'employeur assurera une prise en charge financière à hauteur de 50 % des cotisations* » ou que « *les employeurs prendront en charge la moitié du coût de la cotisation mensuelle pour les garanties du socle obligatoire, allégeant ainsi les dépenses des agents* » (Réponse à la question 5). **Il prendra en charge 50 % de la seule cotisation d'équilibre**, la part de l'État pour l'option choisie étant plafonnée à 5 euros.

Il appartiendra à chacun de comparer les garanties et le coût global de cette PSC aux garanties et au coût actuel de sa mutuelle. **Les actifs n'auront pas le choix : ils devront, sauf dispense définie, s'affilier au nouveau régime. Les retraités auront la possibilité de choisir en fonction du coût et des avantages comparés de leur régime actuel et du nouveau régime.** Il est possible qu'en l'absence des actifs, qui adhéreront obligatoirement au régime PSC, les autres offres disponibles soient contraintes d'augmenter leur coût.

Il semble *a priori* que le nouveau système sera intéressant pour les actifs, compte tenu de la participation de l'État à la cotisation d'équilibre. Il conviendra de mesurer le coût de la réforme pour les ayants droit (conjoint et enfants), qui pourrait être plus ou moins avantageux en comparaison de la mutuelle à laquelle on était auparavant affilié. Rappelons que l'adhésion des ayants droit reste facultative.

Vous êtes invités à faire part au secrétariat de vos remarques et suggestions pour améliorer ce petit mémento qui a pour objectif de vous informer sur la réforme en cours de la Protection Complémentaire Santé et de vous familiariser avec le nouveau système. ■



**MINISTÈRES
ÉDUCATION
JEUNESSE
SPORTS
ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR
RECHERCHE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Garanties socle et options

Pour le socle, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie.

Pour les options, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie et par le socle complémentaire (panier de soins interministériel).

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Catégorie Hospitalisation et Soins courants			
Hospitalisation			
<i>Honoraires</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	175% BR	175% BR
<i>Forfaits et frais de séjours</i>			
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	100% FR	-	-
Frais de séjour	100% BR	-	-
<i>Chambre particulière (sans limitation de durée)</i>			
Court séjour et maternité	50 € / nuit	60 € / nuit	60 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	55 € / nuit	55 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	-	-
<i>Frais d'accompagnant</i>			
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	-	-
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	-	-
Soins courants			
Honoraires médicaux			
<i>Consultations / Visites de médecins généralistes</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	-	-
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	-	-
<i>Consultations / Visites de médecins spécialistes</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	175% BR

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Actes techniques médicaux			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	175% BR
Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	175% BR
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	250% BR	250% BR
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	200% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100% BR	150% BR	150% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR	150% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	-	-
Médicaments			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100% BR	-	-
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100% BR	-	-
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100% BR	-	-
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	150 € / an	150 € / an
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par le RO	200% BR	-	250% BR
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100% BR	-	-
Catégorie Dentaire			
Dentaire			
Soins et prothèses 100% Santé			
Soins (hors 100% Santé)			
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100% BR	-	-
Prothèses (hors 100% Santé)			
Panier Maîtrisé			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375% BR	-	400% BR
Prothèses amovibles	375% BR	-	400% BR
Prothèses provisoires	375% BR	-	400% BR

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Inlay Core	375% BR	-	400% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	-	400% BR
Panier Libre			
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible	300% BR	-	350% BR
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible	250% BR	-	350% BR
Prothèses amovibles sur dent visible	300% BR	-	350% BR
Prothèses amovibles sur dent non visible	250% BR	-	350% BR
Prothèses provisoires	300% BR	-	350% BR
Inlay Core	200% BR	-	350% BR
Implantologie			
Couronne sur implant	200 € / couronne (max. 2/an)	-	-
Implants	500 € / implant (max. 2/an)	-	650 € / implant (max. 2/an)
Orthodontie			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250% BR	-	300% BR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	-	500 € / semestre
Catégorie Aides auditives			
Aides auditives			
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-	-
Equipements à tarif libre pour un bénéficiaire (< ou > 20 ans)	800 €	-	1.000 €
Catégorie Optique			
Optique			
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-	-
<i>Equipements à tarif libre</i>			
Monture	50 €	-	-
Verres	Cf. grille optique	-	-
Autres prestations optique			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 € / an	-	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	-	-
Grille optique			
<i>Verre unifocal, sphérique</i>			

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Sphère de - 6 à + 6	60 €	-	80 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €	-	130 €
<i>Verre unifocal, sphéro-cylindrique</i>			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €	-	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €	-	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €	-	130 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €	-	130 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €	-	130 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphérique</i>			
Sphère de - 4 à + 4	150 €	-	190 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €	-	240 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</i>			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €	-	190 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €	-	190 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €	-	240 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €	-	240 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €	-	240 €
Catégorie Autres postes			
Autres postes			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BR	-	-
Médecines additionnelles et de prévention			
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)	8 séances / an (limite 40 € / séance)	10 séances / an (limite 40 € / séance)
Actes refusés par la Sécurité sociale			
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an	-	-
Contraception, tests de grossesse	80 € / an	-	-
Prévention			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte	-	-
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	-	-

Textes officiels

Code de la fonction publique :
articles L827-1 à L827-12

**Décret n°2021-1164
du 8 septembre 2021**
relatif au remboursement d'une
partie des cotisations de
protection sociale complémentaire
des agents civils et militaires
de l'État

**Décret n°2022-633
du 22 avril 2022**
relatif à la protection sociale
complémentaire en matière
de couverture des frais
occasionnés par une maternité,
une maladie ou un accident dans
la fonction publique de l'État

**Décret n°2024-678
du 4 juillet 2024**
relatif à la protection sociale
complémentaire des agents de
la fonction publique de l'État

**Accord interministériel
du 26 février 2022**
relatif à la protection sociale
complémentaire en matière
de couverture des frais
occasionnés par une maternité,
une maladie ou un accident dans
la fonction publique de l'État

**Accord interministériel
du 20 octobre 2023**
relatif à l'amélioration des
garanties en prévoyance
(incapacité de travail, invalidité,
décès) dans la fonction
publique de l'État

Arrêté du 30 mai 2022
relatif à la protection sociale
complémentaire en matière
de couverture des frais
occasionnés par une maternité,
une maladie ou un accident dans
la fonction publique de l'État

Arrêté du 30 décembre 2024
relatif à la protection sociale
complémentaire de prévoyance
des agents de la fonction publique
de l'État