

MUTUELLE OBLIGATOIRE AU 1^{ER} MAI

CETTE RÉFORME N'EST PAS LA NÔTRE

Les nouvelles obligations et dispositions sur la Protection sociale complémentaire (PSC) deviennent effectives au 1^{er} mai. Réseaux sociaux, Assemblée nationale, mails syndicaux... la période d'affiliation débutée en octobre pour le contrat collectif Santé obligatoire, a été l'occasion pour certain·es de multiplier mensonges, approximations et contre-vérités. À l'inverse, nos syndicats, par des stages, des heures d'informations syndicales, des visio, des permanences spéciales et des publications ont été à vos côtés pour vous donner une information fiable et poser les jalons des mobilisations à construire.

**LA FSU A OBTENU
UNE MEILLEURE
COUVERTURE DES SOINS
ET UNE PERSPECTIVE
À TERME D'UN
RECOUPLAGE
SANTÉ/PRÉVOYANCE.**

La réforme a été imposée par une ordonnance de février 2021 découlant de la loi de transformation de la Fonction publique de 2019 : la FSU s'est opposée à cette ordonnance. Celle-ci est bien à l'origine de l'obligation d'adhésion au contrat collectif choisi par le ministère, non les accords qui ont suivi. C'est donc dans ce cadre contraint des accords que la FSU a défendu et obtenu un niveau relevé de couverture des soins (supérieur au panier de soins du privé), des avancées statutaires favorables aux personnels, notamment non titulaires, des obligations renforcées pour l'opérateur en couverture Prévoyance et la perspective d'un recouplage de la Prévoyance complémentaire, indispensable pour faire face aux accidents de la vie.

Cette réforme n'est pas celle de nos syndicats car elle entraîne un recul scandaleux des solidarités : envers les agent·es aux plus bas salaires (les petites rémunérations cotiseront injustement plus, au prorata de leur revenu), envers les retraité·es (aucune participation de l'employeur), envers les familles (cotisation forfaitaire des conjoint·es et enfants peut être excessive). Si l'accord interministériel de 2022 a permis d'imposer une part progressive de la cotisation des agent·es, nos syndicats avec la FSU continuent de revendiquer pour toutes et tous un montant de cotisation selon ses moyens.

De budget en budget, les gouvernements successifs affaiblissent volontairement la Sécurité sociale pour remettre en cause ses fondements et favoriser le recours aux complémentaires santé renforçant les inégalités et le renoncement aux soins. Le SNES-FSU, le SNUEP-FSU et le SNEP-FSU revendentiquent la prise en charge à 100 % de soins prescrits par la Sécurité sociale, construite sur les solidarités collectives et seule à même d'assurer un principe d'égalité pour toutes et tous.



Sophie Vénétitay,
secrétaire générale
du SNES-FSU



Coralie Benech
co-secrétaire générale
du SNEP-FSU



Axel Benoist
cosecrétaire général
du SNUEP-FSU

LA FSU N'A PAS VOTÉ EN FAVEUR DES ORDONNANCES

La FSU dénonce la rupture de solidarité intergénérationnelle que la réforme de la PSC impose entre actifs, actives et retraité·es mais aussi celle des solidarités familiales.

C'est l'adoption de la loi de Transformation de la Fonction publique en 2019 et les ordonnances de 2021 qui lancent la réforme de la PSC. La FSU était opposée dès le départ à l'idée d'une PSC obligatoire pour les agent·es de la Fonction publique, et n'a pas voté en faveur des ordonnances lors du conseil commun de la Fonction Publique en 2021.

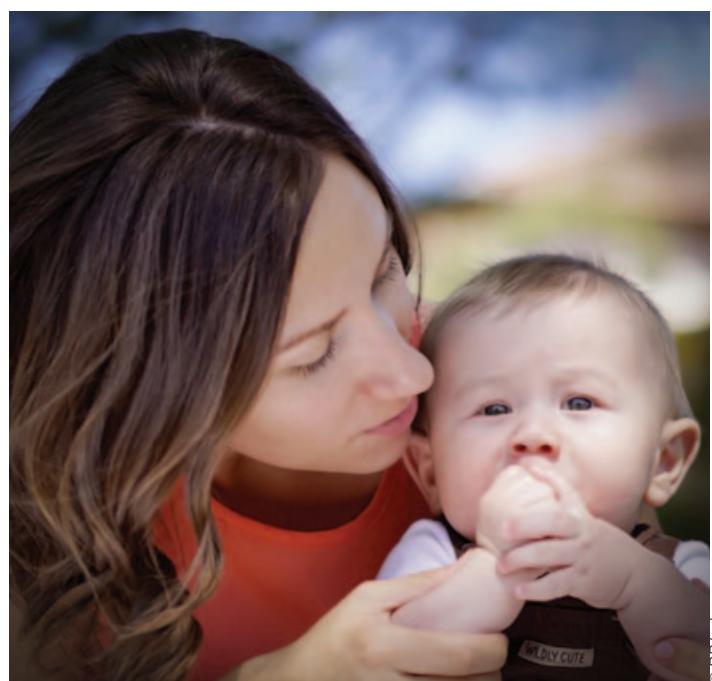
UNE RÉFORME QUI NE CORRESPOND PAS AU MODÈLE QUE NOUS DÉFENDONS

Entre octobre 2025 et avril 2026, tous les personnels en activité, sauf cas dérogatoires, auront été affiliés obligatoirement à l'opérateur et au contrat choisi par le ministère pour leur couverture complémentaire en santé. Le coût de cette adhésion est en partie pris en charge par le ministère, à hauteur de 37,70 euros (la moitié de la cotisation d'équilibre).

Les retraité·es auront deux ans à partir du premier mai, date d'entrée en vigueur du nouveau régime, pour adhérer s'ils et elles le souhaitent au contrat santé, mais sans bénéficier de la participation employeur et donc à un coût élevé.

Les couvertures santé et prévoyance ayant été dissociées, les actifs et actives devront souscrire, par une démarche individuelle à un autre contrat pour continuer de bénéficier d'un complément de revenu en cas de congé maladie prolongé (voir pages 6 et 7).

Cette réforme qui sépare le remboursement complémentaire des soins (couverture santé) et le maintien de revenus en cas de congé maladie prolongé (prévoyance) – c'est le découplage –, qui rend obligatoire l'affiliation au contrat santé de l'opérateur sélectionné par le ministère, ne correspond pas au modèle que nos syndicats et la FSU défendent. Elle porte atteinte aux solidarités intergénérationnelles, envers les agent·es ayant les plus faibles revenus (actifs et actives comme retraité·es) et envers les familles (coût élevé de la couverture pour les enfants).



Ainsi, nos syndicats nationaux, avec la FSU, continuent de revendiquer la liberté de choix dans l'adhésion à une complémentaire. Le ministère aurait pu augmenter sa participation financière tout en laissant chacun et chacun choisir sa mutuelle et son niveau de couverture.

Il aurait également été possible de maintenir santé et prévoyance dans un même contrat. Nous en demandons le recouplage afin de renforcer les solidarités, en garantissant une couverture collective la plus large possible et en minimisant le coût.

QUELLES REVENDICATIONS ?

Dans le cadre de cette réforme, nos syndicats revendentiquent aussi un allègement des cotisations pour les plus basses rémunérations, pour les enfants et pour les conjoint·es, et une remise à plat de la situation pour les retraité·es.

Pour de véritables solidarités qui ne peuvent être mises en oeuvre que par un remboursement des soins prescrits à 100 % par la Sécurité sociale, nos syndicats, avec la FSU revendentiquent une cotisation à la complémentaire santé proportionnelle à la rémunération et sans aucune part forfaitaire ainsi que la suppression du plafonnement de l'assiette de détermination du montant de la cotisation à une fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale (4 005 euros brut au 01/01/2026).

UNE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DE PLUS EN PLUS INÉGALITAIRE

Cette réforme révèle et renforce un système d'assurance maladie à deux étages qui est inégalitaire, coûteux et complexe. Tous les personnels et les retraité·es concerné·es peuvent aujourd'hui en faire l'expérience.

Disposer d'une complémentaire santé est devenu indispensable pour éviter d'avoir à faire face à des frais individuels considérables en cas de maladie.

Ce système à deux étages a été institué dès la création de la Sécurité sociale. Il avait alors été décidé qu'elle ne prendrait pas en charge les tickets modérateurs, inventés en 1928, avec l'idée que faire payer directement une partie des soins par les patient·es allait « modérer » leur dépense de santé et les montants à rembourser. Les mutuelles se sont alors constituées en complémentaires santé, en prenant en charge ce ticket pour leurs adhérent·es.

Par la suite, les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale se sont accrues, parallèlement au développement de la médecine et des soins : hausse de certains tickets modérateurs, création du forfait hospitalier en 1983, paiement de la chambre individuelle, instauration du secteur 2 avec dépassements d'honoraires – dont l'explosion est particulièrement marquée



© DR

sur la période récente –, non-prise en charge de certaines dépenses, notamment en dentaire, optique et audioprothèse.

Des dispositions législatives ont aussi incité depuis la fin des années 1970 au développement de la couverture complémentaire d'entreprise ou individuelle, y compris pour les travailleurs et travailleuses indépendant·es mais au détriment de la Sécurité sociale, puisque les cotisations prises en charges par les employeurs donnent droit à des allégements de cotisations à la Sécu.

En 2013, un accord national interprofessionnel a rendu obligatoire la prise en charge par l'employeur de 50 % d'un panier minimal de remboursements complémentaires pour un contrat aussi obligatoire pour les salari·es.

Aujourd'hui, autour de 13 % de la dépense des soins prescrits est prise en charge par les complémentaires, tandis que 7 % restent à la charge définitive des patient·es. Ces moyennes masquent toutefois de fortes disparités : la part prise en charge par la

Sécurité sociale est très faible dans certains domaines tels que les frais d'hospitalisation ou de soins de suite, le dentaire, l'optique, l'audioprothèse, l'orthodontie ou encore la perte d'autonomie.

Contrairement aux principes fondateurs de la Sécurité sociale, la cotisation aux complémentaires santé dépend de moins en moins des moyens des assuré·es. Dans un cadre de plus en plus concurrentiel, mutuelles et assurances ont développé une tarification à l'âge : en 2023, la cotisation moyenne en contrat individuel était d'environ 36 euros pour les 20-30 ans, contre 143 euros pour les personnes de 80 ans. Cette tarification à l'âge rompt les solidarités entre classes d'âge et générations et équivaut à une tarification au risque, puisque les dépenses de santé augmentent naturellement avec l'âge. On est ainsi très loin du principe selon lequel chacune et chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

Ce système d'assurance maladie à deux étages est donc devenu profondément inégalitaire : on est mieux couvert lorsque l'on a les moyens de

payer des cotisations élevées. Ce coût peut être rédhibitoire. Si 4 % de la population ne dispose pas d'une complémentaire, ce taux atteint 11,5 % parmi les 10 % les plus pauvres et 15 % chez les privé·es d'emploi. Les retraité·es ne sont que 4 % à ne pas être couvert·es, mais leurs contrats sont plus onéreux et pèsent plus lourdement dans leurs revenus.

Enfin, le développement des contrats collectifs et la séparation entre santé et prévoyance ont contribué à la marchandisation de la santé, en favorisant les sociétés d'assurance à but lucratif au détriment du monde mutualiste. La réforme en cours pour les agent·es de la Fonction publique s'inscrit donc dans la continuité de nombreuses des politiques libérales qui depuis la fin

des années 1970, ont favorisé le développement des complémentaires et, dans le même temps, le recul des remboursements par la Sécurité sociale.

Cette réforme, avec les nouvelles dispositions qu'elle impose, découle d'une loi adoptée par voie d'ordonnance en février 2021, dans le prolongement de la loi de transformation de la Fonction publique de 2019. Nos organisations syndicales, avec la FSU, ne l'ont pas approuvée lorsqu'elle a été présentée pour avis au Conseil commun de la Fonction publique.

C'est néanmoins dans ce cadre très contraint que le SNES, le SNEP et le SNUEP se sont engagés dans des négociations et ont signé, avec la FSU, des accords permettant de conserver un haut niveau de couverture des soins et un accès à une prévoyance complémentaire la plus large possible.

Pour nos syndicats et notre fédération, seul le remboursement à 100 % par la Sécurité sociale des soins prescrits permettra de recréer de véritables solidarités et de garantir un accès égalitaire à la santé. À l'inverse, les gouvernements successifs s'appuient sur le renforcement du rôle des assurances complémentaires pour faire reculer la place, le rôle et les principes de la Sécurité sociale.

UN ALLÈGEMENT INDISPENSABLE DES COTISATIONS POUR LES PLUS BASSES RÉMUNÉRATIONS ET LES FAMILLES MONOPARENTALES.

SEUL LE REMBOURSEMENT À 100 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES SOINS PRESCRITS PERMETTRA DE RECRÉER DE VÉRITABLES SOLIDARITÉS.

RÉFORME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le nouveau régime de protection sociale complémentaire en santé choisi par le ministère provoque de nombreuses réactions chez les personnels concernés, actifs comme retraités. La phase d'affiliation au contrat collectif passé avec le groupement MGEN-CNP s'est ouverte en octobre et se poursuit par académies en vue d'une mise en œuvre au 1er mai 2026.

PARTICIPATION EMPLOYEUR

En contrepartie de ce nouveau dispositif, le ministère versera un montant correspondant à 50 % de la cotisation d'équilibre de ce contrat collectif, soit 37,70 euros par mois pour 2026, en remplacement des 15 euros versés depuis le 1^{er} janvier 2022.

Options Les prestations des deux options ont été définies par l'accord ministériel de 2024 et sont facultatives. La première option améliore les niveaux de remboursement de certains honoraires, des frais de séjours, de médicaments non remboursés et du nombre de séances remboursées pour certains spécialistes. La deuxième option améliore encore la couverture en l'élargissant au dentaire, à l'optique et l'auditif.

QUI EST CONCERNÉ·E PAR LA RÉFORME ?

Hormis quelques exceptions, l'ensemble des agent·es en activité ont l'obligation d'adhérer à ce contrat, titulaires ou non. L'adhésion et la participation de l'employeur seront maintenues pour les agent·es en congé parental ; en congé pour raison de santé même non rémunéré ; en disponibilité pour raison de santé ; en congé de proche aidant, de présence pré-natale ou de solidarité familiale ; ou en congé de formation professionnelle.

QUEL MONTANT DES COTISATIONS ?

Seules les situations ci-dessous ouvrent droit à une dispense d'adhésion au contrat collectif :

- bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS, ex-CMU-C) ;
- agent·e couvert·e par le contrat collectif obligatoire de leur conjoint·e (privé, EDF, protection sociale complémentaire des autres fonctions publiques) ;
- agent·e en CDD (non-titulaires, AED, AESH) et bénéficiant d'une couverture individuelle en santé (par exemple celle de l'employeur du conjoint ou de la conjointe) ;
- agent·e couvert·e par un contrat individuel avant le 1^{er} avril 2026 ou lors de la prise de fonction, mais seulement dans la limite d'un an.

Les agent·es qui ont fait valoir une dispense, pourront à tout moment y renoncer et être affilié·es au contrat collectif ministériel.

Le montant de la cotisation est déterminé à partir de la cotisation d'équilibre (CE) fixée chaque année. Pour 2026, celle-ci est de 75,40 euros. Le ministère prend en charge la moitié de cette CE pour ses agent·es en activité. Le montant de la cotisation correspond au cumul d'une part forfaitaire et d'une autre part déterminée selon le traitement indiciaire de l'agent·e. Pour les retraité·es, la cotisation sans option est plafonnée à 175 % de la CE avec une montée progressive sur les six premières années de la retraite : 100 % la 1^{re} année (75,40 euros + cotisations additionnelles), 125 % la 2^e, 150 % les 3^e, 4^e et 5^e années, 165 % la 6^e année, 175 % ensuite (voir page 8).

Cotisation d'équilibre :

Par mois pour l'année 2026 (hors évolutions réglementaires)	75,40 €
-------------------------------------------------------------	---------

Agent·es en activité :

Part employeur (50 %)	37,70 €
Par agent·e en activité de 28 à 49 € (c'est la somme de 15 et 13 par exemple)	Part forfaitaire : 20 % de la CE de 13 € à 34 €* (plafonné à 4 005 €)
	Part variable : proportionnelle au traitement indiciaire à 34 €*
	82,94 €*

Ayants droit :

1 ^{er} et 2 ^e enfant	33,93 €*
------------------------------------------	----------

Enfants supplémentaires	gratuit
-------------------------	---------

* Hors cotisations additionnelles au fonds d'aide aux retraité·es (3 % pour les agent·es, 2 % pour les autres) et au fonds des prestations accompagnement social (2 %).

AYANTS DROIT

Peuvent également être bénéficiaires du contrat mais sans participation du ministère :

- le ou la conjoint·e (marié·e, pacsé·e, concubin·e) du ou de la bénéficiaire actif ou active ou retraité·e ;
- les enfants ou petits-enfants âgés de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans à charge (études, apprentissage ou chômage) ;
- les enfants en situation de handicap sans limite d'âge.

COÛT DES OPTIONS FACULTATIVES

7,23 € pour l'option 1 et 30,33 € pour l'option 2.

Agent·es en activité* ou retraité·es, ayants droit

Option 1	7,23 € / mois
Option 2	30,33 € / mois

Enfants

1 ^{er} enfant (50 % du tarif)	Option 1	3,62 € / mois
	Option 2	15,17 € / mois
2 ^e enfant (25 % du tarif)	Option 1	1,81 € / mois
	Option 2	7,58 € / mois

Enfants suivants gratuité

* Pour les agent·es en activité, il faut déduire de ce montant la participation du ministère à hauteur de 50 % par mois dans la limite de 5 €, soit 3,61 € pour l'option 1 et 5 € pour l'option 2.



© TCV / Wikimédia CC

La FSU du côté des personnels

La FSU agit depuis le début pour contrer les effets négatifs de cette réforme et obtenir de meilleures conditions.

Les accords qu'elle a signés au niveau Fonction publique comme au niveau des ministères « éducatifs », dans le cadre des nouvelles règles de négociations dans la Fonction publique qui imposent de signer des accords afin de peser sur les négociations, ont permis d'empêcher que chaque ministère mette en œuvre cette réforme sans aucun contrôle et avec une participation employeur et une couverture encore plus faible. La négociation et la signature de l'accord interministériel en santé de janvier 2022 a, par exemple, permis d'imposer un panier de remboursement relativement élevé et une négociation sur la prévoyance. Alors que le gouvernement n'en voulait pas, l'accord interministériel d'octobre 2023 a abouti à des améliorations statutaires pour l'invalidité des personnels titulaires et à une meilleure couverture des congés maladie pour les non-titulaires. Cet accord a aussi imposé un cadre collectif pour une couverture prévoyance sans questionnaire de santé et sans tarification au risque.

La FSU s'est opposée à l'obligation d'adhésion à un contrat choisi par l'employeur et n'a pas voté pour l'attribution du marché à la MGEN.

Elle continue de revendiquer la liberté de choix dans l'adhésion à une complémentaire.

Elle demande le recouplage santé et prévoyance dans le même contrat pour renforcer les solidarités avec la couverture collective la plus large possible afin d'en minimiser le coût.

Seul le remboursement à 100 % par la Sécurité sociale des soins prescrits permettra de recréer de véritables solidarités et un accès égalitaire à la santé.

QUESTIONS - RÉPONSES

■ Que se passe-t-il si je n'effectue pas ou ne finalise pas mon parcours d'affiliation ?

■ Si le parcours d'affiliation n'est pas finalisé dans les 21 jours après réception du courriel d'affiliation ou avant l'entrée en vigueur du nouveau contrat santé obligatoire, l'agent·e sera affilié·e d'office au nouveau régime, sans option, en mai 2026. Outre le risque de double affiliation à une complémentaire santé (contrat actuel + nouveau contrat obligatoire), il et elle ne pourra pas bénéficier des prestations tant que la MGEN – CNP Assurances n'aura pas connaissance de ses coordonnées bancaires. Les options proposées ou la couverture de son/sa conjoint·e et/ou de ses enfants seront impossibles.

■ À partir de quand puis-je accéder à mon Espace personnel ?

■ L'Espace personnel sécurisé est accessible dès le lendemain de la finalisation du parcours d'affiliation ou à l'issue du délai des 21 jours si le parcours n'a pas été finalisé.

■ Déjà adhérent·e MGEN, au titre d'un contrat individuel santé, dois-je effectuer les mêmes démarches qu'un·e agent·e non adhérent·e ?

■ Comme il s'agit de la mise en place d'un nouveau contrat collectif santé obligatoire, la MGEN – CNP Assurances ne peut pas utiliser les pièces justificatives communiquées pour un autre contrat. Il faut donc effectuer le même parcours digital d'affiliation (besoin d'une attestation de droits Sécurité sociale et d'un RIB à cet effet).

■ Est-ce que la MGEN – CNP Assurances s'occupe de la résiliation de ma mutuelle actuelle si je ne suis pas adhérent·e MGEN ?

■ Bien que cela concerne un contrat collectif à adhésion obligatoire, la MGEN – CNP Assurances n'est pas réglementairement habilitée à effectuer la résiliation pour le compte de l'agent·e.

Il faut se rapprocher de son opérateur actuel pour connaître les modalités et les délais de résiliation de son contrat qui peuvent différer d'un organisme à l'autre.

■ Comment modifier ou résilier une option ?

■ Après une durée minimale d'adhésion de 12 mois dans l'option souscrite, il sera possible de la modifier ou la résilier depuis son Espace personnel sécurisé, sans passer par l'employeur.

La modification interviendra au premier jour du mois suivant la réception de la demande complète par la MGEN – CNP Assurances. La résiliation interviendra un mois après la réception de la demande.

■ Je suis encore en activité mais je serai en retraite avant le 1^{er} mai 2026, dois-je m'affilier ?

■ Oui, le parcours d'affiliation est obligatoire pour les agent·es en activité avant le 1^{er} mai 2026. Ensuite, au moment du départ à la retraite, la saisie de position de fin de fonction dans les bases informatiques entraînera la désaffiliation automatique.

CONTRAT PRÉVOYANCE COLLECTIF À ADHÉSION VOLONTAIRE, OÙ EN EST-ON ?

Les agent·es de la fonction publique bénéficient de garanties statutaires en matière de prévoyance : incapacité, invalidité, décès. Mais pour éviter des pertes importantes de revenus en cas d'arrêts maladie longs (passage à mi-traitement), cette couverture doit être renforcée par l'adhésion à une complémentaire prévoyance.

Avec la réforme de la protection sociale complémentaire des agent·es de la Fonction publique, le gouvernement a imposé un découplage des volets santé et prévoyance. C'est un recul, car historiquement, les mutuelles avaient élaboré une couverture globale des deux types de risques dans un même contrat pour permettre une large mutualisation au coût le plus bas possible.

FIN DE LA COUVERTURE GLOBALE

Nos syndicats, avec la FSU, n'ont cessé de dénoncer ce découplage, qui peut entraîner une augmentation des cotisations, un recul des solidarités et une augmentation du nombre d'agent·es non couvert·es. L'absence de couverture complémentaire en prévoyance a des conséquences financières individuelles et, le cas échéant, familiales considérables ; personne n'est à l'abri d'une pathologie ou d'un accident qui nécessite un arrêt maladie prolongé. L'accord interministériel d'octobre 2023 impose toutefois aux ministères de proposer un contrat collectif de prévoyance à partir du 1^{er} mai 2026, en même temps que la nouvelle couverture santé.

CONTRAT COLLECTIF À VENIR

Les agent·es de notre ministère pourront ainsi souscrire au contrat collectif proposé par la MGEN-MAGE-CNP. L'adhésion volontaire au contrat collectif se fera sans questionnaire de santé et sans tarification au risque, mais à condition d'y avoir souscrit dans les six mois après son entrée en vigueur (1^{er} mai 2026) ou six mois après être entré·e en fonction à l'Éducation nationale. Sans l'accord prévoyance d'octobre 2023, aucune couverture collective en prévoyance n'aurait été proposée.

Le contrat collectif prévoyance est construit sur la base d'un socle, dont l'employeur prend en charge 7 euros forfaitaires, et d'une option. Le coût de la cotisation est construit à partir d'un taux de cotisation dont le coefficient est de 0,95 % de la rémunération brute pour le socle et 0,63 % pour l'option, soit 1,58 % pour l'ensemble des garanties complémentaires.

ARCHITECTURE VOLET PRÉVOYANCE					
	Risques couverts	Règles statutaires		Contrat collectif prévoyance à partir du 1 ^{er} mai 2026	
			Date d'application	Couverture Socle 0,95 % ¹	Option A : 0,63 % ¹
INCAPACITÉ	C.M.O.	3 mois à 90 %	1 ^{er} mars 2025	—	—
		9 mois à 50 %	—	—	Complément pour 80 % de la rémunération globale
	C.L.M. (fonctionnaires) et C.G.M. (contractuelle non-titulaires)	1 an à 100 % + 33 % des indemnités	1 ^{er} septembre 2024	—	—
		2 ans à 60 % + 60 % des indemnités		Complément pour 80 % de la rémunération globale	—
	C.L.D. (uniquement pour les fonctionnaires)	3 ans à 100 % (dont C.L.M. année 1)	—	—	—
		2 ans à 50 %	—	—	Complément pour 80 % de la rémunération globale
INVALIDITÉ	Période transitoire d'invalidité	Disponibilité pour raison de santé, rémunérée à 50 %			Complément pour 80 % de la rémunération globale
	Invalidité	Plus de radiation des cadres mais versement d'une prestation d'invalidité :	1 ^{er} janvier 2027		
		Cat. 1 : 40 % de l'assiette de rémunération		Cat. 1 : complément à 50 % de l'assiette de rémunération	—
		Cat. 2 : 70 % de l'assiette de rémunération		Cat. 2 : complément à 80 % de l'assiette de rémunération	—
		Cat. 3 : 70 % de l'assiette de rémunération, majorée de 40 %		Cat. 3 : complément à 80 % de l'assiette de rémunération, majorée de 40 %	—
DÉCÈS	Capital décès	1 an de rémunération brute à l'indice détenu		1 an de rémunération	—
	Rente éducation	5 % du PMSS ² pour enfant moins de 18 ans	1 ^{er} janvier 2024		
		15 % du PMSS ² , de 18 ans à 26 ans			

1: Appliqué au traitement brut global

2: Plafond mensuel de la Sécurité sociale (4 005 euros en 2026)



© DR/pixhere.com

CALENDRIER D'ADHÉSION, L'INCONSEQUENCE DU MINISTÈRE

À l'heure où nous écrivons ces lignes aucune information n'est encore disponible sur le processus d'adhésion des agent.es au contrat collectif à adhésion volontaire en prévoyance du ministère. Le SNEP-FSU, le SNUEP-FSU et le SNES-FSU dénoncent cette situation qui est inacceptable. Vous trouverez ci-dessous les estimations des montants de cotisations prévoyance en fonction des données que nous avons actuellement en notre possession.

Rémunération	Cotisation socle mensuelle	Part employeur	Socle (Part agent)	Option
1500 €	14,25 €	7 €	7,25 €	9,45 €
2 000 €	19 €	7 €	12 €	12,60 €
2 500 €	23,75 €	7 €	16,75 €	15,75 €
3 000 €	28,50 €	7 €	21,50 €	18,90 €
3 500 €	33,25 €	7 €	26,3 €	22,05 €
4 000 €	38 €	7 €	31 €	25,20 €
4 500 €	42,75 €	7 €	35,75 €	28,35 €
5 000 €	47,50 €	7 €	40,50 €	31,50 €

UTE...DERNIÈRE MINUTE...DERNIÈRE MINUTE...DER

Nous apprenons le 12 janvier qu'une communication sur la présentation de l'offre du contrat prévoyance sera faite dès mi février. Les agent.es auront ensuite connaissance du contrat collectif en mars sur leur espace MGEN. Un entretien téléphonique « conseil » précédera l'envoi d'un devis pour une validation en ligne.

La FSU intervient pour que ce protocole soit simplifié.

ACCORD PRÉVOYANCE D'OCTOBRE 2023 : DES AVANCÉES STATUTAIRES

La signature des accords PSC, sur lesquels ont pesé les syndicats de la FSU, apporte des garanties améliorées en prévoyance tant au niveau de la prévoyance statutaire, dont la responsabilité échoit à notre employeur sur la base de décrets, qu'au niveau de l'opérateur ayant obtenu le marché de la complémentaire.

Pour les personnels contractuels : seuls quatre mois de conditions d'ancienneté de service seront désormais à justifier, contre un an précédem-

ment, pour bénéficier des droits en couverture alignés sur ceux des fonctionnaires à la fois en CMO et en congé de grave maladie. Ces personnels ne sont pas concernés par le congé longue durée.

INCAPACITÉ, UNE COUVERTURE SOCLE INSATISFAISANTE

Attention cependant pour être couvert·e à la fois en CMO, CLM et CLD il sera nécessaire de souscrire à l'option du contrat collectif prévoyance. La FSU dénonce ce « découplage » du même risque entre le socle et l'option.

COUVERTURE DÉCÈS ET INVALIDITÉ

À cette couverture en incapacité viendra s'ajouter une couverture décès qui introduira un doublement du capital décès dans le socle (une année statutaire). En ce qui concerne le volet invalidité le nouveau dispositif qui remplacera l'actuel dispositif de retraite anticipée pour invalidité devrait voir le jour en 2027 en facilitant la poursuite de l'activité professionnelle et en supprimant la radiation des cadres pour l'agent.e en invalidité.

BAISSE DE LA RÉMUNÉRATION EN CMO ET SANTÉ

La loi de finance 2025 réduit la rémunération du fonctionnaire perçue au cours des trois premiers mois de congé maladie ordinaire à 90 % et la journée de carence est maintenue. Au regard des données du dernier rapport de la Cour des comptes sur la santé des professeur·es qui met en évidence une augmentation des congés maladies ordinaires de 41,3 %, cette mesure, dont aucune compensation n'est prévue, est inadmissible. Le SNUEP-FSU, le SNEP-FSU et le SNES-FSU en exigent l'abrogation.

ATTENTION

Trois points de vigilance sur le contrat collectif :

- Veiller à rester couvert·e en prévoyance au moment de la fin de votre contrat actuel. Les adhérent·es MGEN ne connaîtront cependant aucune rupture au 1^{er} mai 26 en prenant le contrat collectif qui sera proposé prochainement.
- Ne pas s'engager sur un contrat individuel au risque de ne plus pouvoir accéder au contrat collectif qui se fait sans condition d'âge ni questionnaire de santé entre le 1^{er} mai et le 1^{er} novembre.
- Seul ce contrat collectif ouvre droit à la participation employeur de 7 €.

EFFETS DE LA RÉFORME POUR LES RETRAITÉ·ES

Montant de l'adhésion, modalités de souscription..., la réforme de la PSC est pensée pour que les retraité·es n'adhèrent pas aux contrats collectifs et souscrivent à des contrats individuels non sans risques (moindre couverture, coûts...).

FINANCEMENT

Il n'y a pas de participation de l'ex-employeur au contrat collectif en santé pour les retraité·es qui feraient le choix d'y adhérer. Les deux options du contrat en santé leur sont aussi proposées mais également entièrement à leur charge.

DÉCOUPLAGE SANTÉ PRÉVOYANCE

Le découplage santé-prévoyance s'applique pleinement aux retraité·es : elles et ils ne sont pas concerné·es par le contrat collectif prévoyance proposé par leur ancien ministère.

CALENDRIER ET MODALITÉS D'AFFILIATION

Les retraité·es actuel·les du « stock » auront deux ans (au lieu de un an) après l'entrée en vigueur du contrat collectif (1^{er} mai 2026) pour souscrire au contrat collectif santé (décret du 6 novembre 2025). Les futur·es retraité·es « du flux », auront un an à compter de leur cessation d'activité (art.4 du décret du 22 avril 2022).

L'affiliation des retraité·es ne se fera que sur rendez-vous en agence MGEN ou par téléphone, ce qui risque d'entraîner de gros problèmes de prise en charge. Le ministère a fait la demande à la MGEN d'un parcours digital (numérique) pour les retraité·es.

COTISATIONS DES RETRAITÉ·ES « BÉNÉFICIAIRES »

Le montant des cotisations des retraité·es se calcule par rapport au montant de la cotisation d'équilibre (75,40 € en 2026) pour la couverture socle. À ce montant s'ajoute le financement des deux fonds, d'un taux de 2 % chacun, pour les retraité·es.

L'évolution de la cotisation se fait sur sept ans, de 100 % la première année de retraite (78,05 € fonds inclus) à 175 % au-delà de la sixième année et de 75 ans (136,59 € fonds inclus) où elle est plafonnée. Ce montant est entièrement forfaitaire et ne dépend pas du montant de la pension : il y a rupture de la solidarité intragénérationnelle entre retraité·es, rupture dénoncée par la FSU.

COUVERTURE ET COTISATIONS DES CONJOINT·ES AYANT DROIT DES RETRAITÉ·ES

Pour les conjoint·es de retraité·es, la cotisation pour le panier socle va de 60 ans et moins à 80 ans et plus. Elle est fixée à l'âge. Exemple : le ou la conjoint·e d'un·e agent·e de 75 ans s'acquitte d'une cotisation d'un montant de 133,17 € équivalent à celui de la cotisation plafond d'un·e agent·e (à 175 % y compris les deux fonds) soit 136,59 €. Mais celle du ou de la conjoint·e d'un·e retraité·e de 80 ans est de 173,90 €. Dans ce cas, le taux

grimpe à presque 223 % de la cotisation d'un·e retraité·e en première année de retraite (78,05 €) !

Attention à une aberration dans le système : le montant de la cotisation du ou de la conjoint·e est calculé sur l'âge du ou la retraité·e adhérent·e dont il ou elle est l'ayant droit !

Pour les options des retraité·es et de leurs conjoint·es, la tarification est aussi à l'âge. Les montants sont onéreux, voire prohibitifs. Les choix optionnels de la ou du « bénéficiaire » retraité·e s'imposent à sa ou son conjoint·e. L'ayant-droit a obligatoirement le même niveau de couverture que le bénéficiaire.

Des garanties additionnelles obsèques (adhésion jusqu'à 84 ans) et dépendance (adhésion jusqu'à 75 ans) qui relèvent normalement de la prévoyance peuvent être choisies en plus sur le contrat santé. Ces garanties facultatives et indépendantes l'une de l'autre relèvent aussi d'une gestion purement assurantielle et individuelle. Leur montant dépendra de deux éléments : l'âge lors de la souscription et la formule de garantie choisie. À ce jour, aucune information n'a été fournie sur ce que recouvrent les quatre différents niveaux des packs dépendance.

UN SYSTÈME INACCEPTABLE

Pour les retraité·es, c'est la double peine : à la rupture de la solidarité intergénérationnelle s'ajoute une tarification à l'âge élevé. Le système panier de soins socle + options facultatives + garanties additionnelles favorise la segmentation des risques, renvoyant chacun·e à sa responsabilité individuelle et à sa solvabilité.

Le contrat collectif est conçu pour dissuader les retraité·es d'y souscrire, car elles et ils représentent les risques les plus lourds et donc les plus coûteux. Les conditions du rattachement de la ou du conjoint·e retraité·e sont inacceptables.

Mais, dans le cas du maintien dans un contrat individuel, la cotisation des retraité·es sera obligatoirement très élevée puisque la mutualisation des risques ne se fera plus qu'entre elles et eux, les actifs et actives étant partis vers le contrat collectif obligatoire.

POUR LES RETRAITÉ·ES, C'EST LA DOUBLE PEINE.

LE CONTRAT COLLECTIF EST CONÇU POUR DISSUADER LES RETRAITÉ·ES D'Y SOUSCRIRE.