

GUIDE 2025

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE





ENGAGEMENT CGT 04

LA DÉCLINAISON DANS LE MINISTÈRE 06

EXEMPLE 08

EN PRÉVOYANCE 10

LE CONGÉ MALADIE ORDINAIRE (CMO) 12

LE CLM/CGM 14

LE CONGÉ LONGUE DURÉE (CLD) 16

INCIDENCES 18

QUESTIONS/RÉPONSES 20

ANNEXES 23

Glossaire :

TIB : traitement indiciaire brut

NBI : nouvelle base indiciaire

CMO : Congés Maladie Ordinaire

CLD : Congés Longue Durée.

Les pathologies donnant droit à un CLD sont les affections cancéreuses, un déficit d'immunité grave et acquis, les maladies mentales, la tuberculose et de poliomyélite.

CLM : Congé Longue Maladie.

Les maladies ouvrant droit à un congés longue maladie sont fixées par arrêté. Cette liste n'est pas limitative et le CLM peut être accordé pur d'autres maladies après avis du conseil médical

CGM : Congés de Grave Maladie – pour les contractuels – Cf CLM

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

UN PEU D'HISTOIRE

C'est le **15 mars 1944** qui est créé le CNR (Conseil National de la Résistance), il y a 80 ans. Puis c'est la sécurité sociale et notre régime de retraites qui se mettent en place en 1946.

En 1947, la loi dite Morice reconnaît le rôle et la place des régimes pionniers (assurances professionnelles, mutuelles) de la Fonction Publique regroupant la Santé et la Prévoyance.

La bataille de conviction entre les organismes de sécurité sociale et la Mutualité a donné lieu à un compromis bénéficiant tant à la sécurité sociale devenant bien commun tant à la mutualité permettant d'avoir des complémentaires regroupant santé et prévoyance (garanties décès, incapacité, invalidité et perte de salaire).

En 2005, le traité de Maastricht, fait la pare belle de la concurrence libre et non faussée, en ouvrant à tous les opérateurs proposant des complémentaires Santé davantage de primauté au non-lucratif. Ainsi l'employeur perdait la possibilité de participer directement au fonctionnement de l'opérateur. Rappelons qu'à l'époque Bercy fournissait les locaux, les personnels (placés en détachement), etc à la mutuelle référencée.

En 2006, c'est l'arrêté Chazelle de 1962 qui est abrogé. Ainsi les mutuelles perdent le versement de subventions d'état en inadéquation avec le principe de libre concurrence mis en place.

En 2007, c'est le 1er référencement à Bercy. Ainsi un ou plusieurs opérateurs peuvent être choisis suite à la mise en concurrence.

À Bercy, on a « sauvé les meubles » l'opérateur historique non lucratif étant maintenu. Désormais, l'État ne subventionne plus mais verse une participation au financement de la PSC des agents actifs et retraités à hauteur de 19M€ pour couvrir les transferts solidaires et intergénérationnels. Un 2ème référencement a lieu en 2017, pour 7 ans. La participation de l'employeur passe alors de 19 à 4 Millions d'euros.

En 2013, l'Accord National Interprofessionnel (ANI) pour les salariés du privé met en place la participation de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire. Cet accord laisse la main aux employeurs sur le choix de la complémentaire (danger de privilégier des groupes assurantiels et donc un système lucratif).

Il est tellement à minima que les salariés des petites entreprises seront astreints à prendre une sur-complémentaire.

En 2022, cet accord est transposé dans la fonction publique à travers la loi de la transformation de la Fonction Publique, loi qui ouvre aux employeurs publics la possibilité de prendre en charge une partie des cotisations à hauteur de 50% de la cotisation du panier de soins sous condition d'adhésion à des contrats collectifs obligatoires en convergence avec ce qui existe dans le privé.

Pourquoi la CGT Finances a signé l'accord.

Parce que nous avons obtenu le "Couplage Santé/Prévoyance" c'est à dire l'obligation pour les actifs d'adhérer au futur contrat de groupe en santé et en prévoyance et que nous sommes le seul ministère dans la fonction publique d'Etat à l'avoir obtenu, garantissant ainsi aux agents une couverture de qualité avec un coût maîtrisé de par le contrat de groupe.

Parce que la délégation CGT (actifs et retraités) a fait bouger les lignes, a obtenu des avancées significatives (aides aux enfants, retraités) et a défendu le projet CGT en contenant le plus possible les attaques contre notre régime de sécurité sociale (limitation options santé et prévoyance).

Parce que nos camarades retraités pourront s'ils le souhaitent rester chez l'opérateur référencé à ce jour.

Engagement CGT

Les travaux concernant cet accord ont débuté en mai 2023. La délégation CGT Finances a tout mis en œuvre pour qu'aucun agent actif ou retraité ne soit écarté des négociations.

1/ Nous sommes le seul ministère à avoir réussi à obtenir une négociation et un projet d'accord unique sur la Santé et la Prévoyance, ce qui peut nous permettre une plus grande solidarité intergénérationnelle et inter catégorielle en termes de prestations mais aussi en termes de cotisations. En effet en couplant la Santé et la Prévoyance dans le cadre du contrat obligatoire pour les actifs, le recours à un opérateur unique sera plus facile à obtenir et la solidarité entre actifs et retraités aussi (il y aura plus d'adhérents solidaires sur une offre couplée).

2/ Des mécanismes de solidarités vont être mis en place pour minorer les cotisations des adhérents avec enfants aux revenus les plus faibles et pour les retraités aux faibles pensions qui choisiraient de garder le contrat collectif. A noter que pour les retraités ils auront un triple choix :

- choisir le contrat collectif avec augmentation potentielle jusqu'à 175% de la cotisation des actifs jusqu'à leur 75ème anniversaire,
- rester sur leur contrat Mgefi
- changer d'opérateur.

3/ Nous avons obtenu que la cotisation supplémentaire pour alimenter le fond d'accompagnement social initialement prévue à 0,50% dans la fonction publique passe à 3%, permettant ainsi un recours facilité aux aides ponctuelles face aux aléas de la vie.

4/ Le recours aux options : la CGT a construit deux options en Santé comme en Prévoyance (compensation perte de salaire et primes) répondant aux besoins essentiels dont la première devrait couvrir les demandes d'une majorité d'agents à cotisations contenues. La limitation du recours au secteur non conventionné et au nomadisme optionnel (multiple changement d'options) a été sanctuarisée, préservant ainsi le périmètre couvert par la sécurité sociale. De même, les actions en prévention en santé, proposées par l'opérateur ne devront pas être concurrentielles avec celle, de la sécurité sociale.

5/ Nous avons renforcé le rôle de la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi, permettant aux mandats CGT d'imposer des critères socialement responsables (ESG) pour le choix du prochain opérateur en faisant en sorte qu'un seul opérateur soit sélectionné en Santé et en Prévoyance (couplage). La question de la perte d'autonomie sera une des priorités défendues par la CGT, comme inscrit dans le préambule du projet d'accord et dans le corps du texte.

MAIS DES POINTS NÉGATIFS PERDURENT :

>> L'accord fonction publique a mis sous contraintes fortes les négociations (d'où notre non-signature de l'accord de méthode) et nous n'avons pas pu faire valoir le principe de faveur.

>> Pas de participation de l'employeur pour les retraités et ayant droits et pas d'amélioration du panier de soins statutaire.

>> Pas de prise en charge additionnelles a priori pour la perte d'autonomie ni en Santé, ni en Prévoyance.

>> Pas de prise en charge pendant la période intermédiaire 2024/2027 de certaines prestations, notamment la disponibilité pour raison de santé (DPRS).

>> Pas de minoration de la cotisation pour les conjoints. Pas d'abaissement des plafonds de cotisations et d'âge pour les retraités qui choisiront la portabilité du contrat.

CONCRÈTEMENT, COMMENT LA PSC VA SE DÉCLINER AU SEIN DU MINISTÈRE ?

SUR LA COTISATION DES RETRAITÉS :

dont l'adhésion au contrat est facultative, nous n'avons pas pu obtenir une participation de l'employeur. Mais un fonds d'aide aux retraités permettra de prendre en charge une partie de la cotisation de ceux qui ont les plus faibles pensions et qui souhaitent conserver le contrat de groupe. La collecte de la cotisation additionnelle de 2% servira à alimenter ce fonds, elle sera payée par l'ensemble des adhérents

SUR LA COTISATION DES ENFANTS :

- pour les moins de 21 ans : elle sera plafonnée à 50% de la cotisation,
- pour les enfants de 21 à 25 ans, elle sera limitée à 100% de la cotisation.
- Nous avons demandé et non obtenu pour les – 21 ans, que le plafond soit limité à 25%, et que celui des enfants de 21 à 25 ans soit limité à 50%.
- Pour les options, la cotisation sera diminuée de 50% pour les enfants de -21 ans,
- à l'inverse aucune diminution pour les enfants de plus de 21 ans.

SUR L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL :

il financera des prestations d'accompagnement à destination des bénéficiaires du contrat collectif ministériel en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.



La cotisation supplémentaire pour l'alimenter était prévue initialement à 0,50%, nous avons obtenu qu'elle soit à 3%.

50% des crédits seront mobilisés pour la mise en œuvre de prestations d'accompagnement social attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires. Tout ce qui n'est pas du ressort des secours santé ne donnera plus lieu à une aide ponctuelle.

POUR LA CGT FINANCES

- L'Etat doit tenir ses engagements, à savoir participer à hauteur de 50% de
- la cotisation des agents à compter du 1er janvier 2025 comme cela était prévu initialement dans la loi de transformation de la fonction publique de 2022 et non
- faire supporter aux agent un retard dans les travaux menés en PSC en ne leur versant qu'une participation de 15€ en 2025.

5€

C'est la participation de l'employeur sur l'option de 5€.

Deux options sont proposées, elles seront facultatives. Nous n'avons pu gagner ni l'amélioration du panier de soins, ni la participation de l'employeur pour les retraités et ayants droits mais avons réussi à travailler et proposer des options qui seront limitées à 2 (propositions ministère et certaines fédérations allant jusqu'à 4).

50%

de la cotisation.

C'est la participation de l'employeur

En santé

Exemple

Consultation médecin généraliste:
Prix de la consultation payée par un assuré de 50€, avec un dépassement d'honoraire puisque le prix d'une consultation référencée par la sécurité sociale est de 26,50€.

Prise en charge sécurité sociale 70 % de 30€ soit 21€.
En réalité, une retenue de 2€ est appliquée sur ce remboursement, c'est une participation forfaitaire qui a vocation à préserver le système de santé.
Prise en charge panier de soin interministériel 100 % du reste à charge part sécurité sociale, soit 100 % de 9€ , donc 9€
Mais en ayant payé 50€, l'assuré se retrouve avec un reste à charge « réel » de 20€

Si vous avez opté pour l'option 1, le taux de remboursement trouvant à s'appliquer est de 150 % du reste à charge initial (150% $\times$ 9) soit 13,50€
Si vous avez opté pour l'option 2, le taux de remboursement trouvant à s'appliquer est de 180 % du reste à charge initial (180% $\times$ 9), soit 16,2€
Au final sur une consultation à 50€ l'assuré aura un reste à charge final avec l'option 1 de [50 - (21 + 9 + 13,50)] = 6,50€*et avec l'option 2 de [50 - (21 + 9 + 16,20)] = 3,80€*.
* le reste à charge calculé ne tient pas compte de la participation forfaitaire de 2€

- **ATTENTION :**
- Depuis décembre 2024, la consultation chez un médecin généraliste est passée de 26,50€ à 30€ alors que la prise en charge par la sécurité sociale demeure à 70 %.
 - Ainsi le reste à charge est supporté par les patients et à fortiori par les complémentaires si l'agent opte pour l'une des options. Les tarifs de la consultation chez de nombreux spécialistes sont également revus à la hausse en 2025.
 - Pour la CGT Finances, le désengagement de l'état dans le système de santé actuel entraîne une contribution supplémentaire à la charge des assurés. Ainsi les restes à charge plus élevés risquent de se répercuter sur la cotisation mutuelle à venir quel que soit l'opérateur qui remportera le marché pour le ministère.

POUR ILLUSTRER L'ACCORD EN MATIÈRE DE SANTÉ, NOUS PROPOSONS UN TABLEAU EN PARTANT D'UNE COTISATION THÉORIQUE DE **85 EUROS** DU PANIER DE SOINS TYPE. CE N'EST QU'UNE HYPOTHÈSE DE TRAVAIL QUI NE VAUT PAS CONTENU DE LA PROPOSITION D'ACCORD À VENIR NI OFFRE DE L'OPÉRATEUR QUI SERA SÉLECTIONNÉ.

- *A noter que les retraités auront au final un choix multiple qu'ils devront faire dans les 12 mois qui suivent leur mise en retraite :
1. La portabilité du contrat de groupe avec augmentation potentielle jusqu'à 175% de la cotisation:
 - 100% la 1ère année (85€)
 - 125% la 2ème année (106,25€)
 - 150% les 3, 4 et 5ème année (127,50€)
 - 175% à partir de la 6ème année (148,75€)
 2. La continuation du contrat Mgefi actuel.
Attention ! le tarif actuel ne sera peut-être pas à l'identique dans le futur.
 3. L'adhésion à un autre opérateur

Hypothèse de de calcul Cotisation base 85 EUROS Première année	EVALUATION COTISATION ACTUELLE MOYENNE 2024	COTISATION Évaluation panier de soins Accord fonction publique	Mesures solidaires (négociations Bercy) en fonction de la rémunération des actifs.ves et retraité.e.s	PARTICIPATION Employeur	Reste à payer 2026	Evaluation Options (Avec minoration pour les enfants mineurs)	PARTICIPATION Employeur	Reste à payer avec options en 2026
ACTIVE	80 euros	85 euros		42,5 euros	42,5 euros	Entre 10 et 16 euros	5 euros	Entre 47,5 et 53,5 euros
CONJOINT.E	82 euros	90 euros		0	90 euros	Entre 10 et 16 euros	0	Entre 100 et 116 euros
ENFANT < 21ans	20 euros	39 euros	Minoration entre 50% et 25%	0	Entre 39, 30 et 20 euros	Entre 3 et 5 euros	0	Entre 23 et 44 euros En fonction des mécanismes solidaires
ENFANT > 21ans	35 euros	85 euros		0	85 euros	Entre 10 et 16 euros	0	Entre 95 et 101 euros
RETRAITE.E.S*	80euros	85euros	Hypothèse de prise en charge d'une partie de la cotisation des retraités ayant les pensions les plus faibles (à déterminer).	0	85 euros	Entre 10 et 16 euros	0	- Entre 95€ et 101€ la 1ère année - entre 116€ et 121€ la 2ème année - entre 138€ et 143€, les 3,4 et 5ème année - entre 158€ 165€ à partir de la 6ème année.

En Prévoyance

Suite à l'accord d'octobre 2023 de la Fonction Publique d'Etat (FPE), une partie est donc devenue statutaire et sera prise en charge par l'employeur entre 2024 et 2027. Il s'agit de l'incapacité (couverture du salaire et primes augmentée pour les trois années de Congés de Longue Maladie), de l'invalidité d'origine non professionnelle (fin de la retraite pour invalidité et remplacement par un statut de position d'activité s'ils peuvent encore travailler, et partiront en retraite anticipée à 62 ans comme dans le privé), l'amélioration des garanties des ayants-droits des agents décédés, ainsi que des dispositifs en faveur du maintien du retour à l'emploi qui doit être renforcé. Le volet prévoyance de par le couplage avec le volet santé devient obligatoire pour les actifs uniquement.

DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES

qui compléteront les dispositifs statutaires : Congés de Longue Maladie (CLM), invalidité et capital décès.

DES GARANTIES ADDITIONNELLES

qui seront proposées par l'opérateur via le cahier des charges pour abonder la compensation de perte de salaires pour Congés de Maladie Ordinaire (CMO) et pour les Congés de Longue Durée (CLD).

La délégation n'a pu obtenir expressément la prise en charge de la perte d'autonomie (au sens large) dans les garanties additionnelles même si la référence à l'article 19 de l'accord FPE qui le prévoit a été repris dans l'accord soumis à signature et dans le préambule. La délégation mettra tout en œuvre pour qu'il soit inscrit dans les critères de sélection.

7€

C'est la participation de l'employeur sur la prévoyance uniquement pour les actifs.

Tableau des garanties en Prévoyance

		Garanties statutaires	Garanties complémentaires	Garanties additionnelles	
				Option 1	Option 2
Capital décès		100% TIB + NBI sur primes également	100% TIB +NBI sur primes également		
Rente éducation		Selon l'âge de 5% à 15%	-	-	-
Congés Maladie Ordinaire - CMO		Les 3 premiers mois 90% plein traitement + primes	-	-	-
		Au delà de 3 mois jusqu'au 12ème mois:50% du traitement (TIB et primes)	-	50% du TIB et NBI	50% du TIB +NBI et 20% sur primes
CLM/CGM	1ère année	Plein traitement 100% pour TIB + NBI et 33% sur primes	0% du traitement indiciaire et 66% des primes	-	-
	2 ^e et 3 ^e année	60% du traitement du TIB-NIB ET 33% sur primes	20% du traitement et des primes	-	-
CLD		3 ans à plein traitement 100% sur TIB+ NBI et 0% primes	-	0% du TIB +NBI et 10% des primes	0% du TIB +NBI et 70% sur primes
		50% du traitement les 2 années suivantes	-	50% du TIB +NBI et 10% des primes	50% du TIB +NBI et 70% sur primes
Retraite pour invalidité *		50 à 75% du TIB et NBI – 0% des primes	5 à 30% sur TIB + NBI 80 % sur primes	-	-
Pension d'invalidité titulaires **	Cat 1	40% du TIB + NBI et 40% des primes	10 % sur TIB + NBI et 10% des primes	-	-
	Cat 2 et 3	70% du TIB + NBI et 70% des primes	10 % sur TIB + NBI et 10% des primes	-	-
Pension d'invalidité des contractuels **	Cat 1	30% sur TIB + NBI et 30% des primes	20% sur TIB + NBI et 20% des primes	-	-
	Cat 2 et 3	50% sur TIB + NBI et 50% des primes	30% sur TIB + NBI et 30% des primes	-	-

Il y aura donc une cotisation en Prévoyance appelée garantie complémentaire obligatoire ainsi qu'une garantie additionnelle facultative.

* jusqu'au 31 décembre 2025

** A compter du 1er janvier 2027

! En cas d'invalidité, en 2026, un régime transitoire se met en place. Il s'agit d'une disponibilité pour raison de santé. 80% de la rémunération totale sera donc versée.

LE CONGÉ MALADIE ORDINAIRE (CMO)

Actuellement, un agent du ministère en CMO percevait l'intégralité de sa rémunération (traitement indiciaire et primes) pendant les 3 premiers mois de son arrêt. Depuis le 1er mars 2025, un agent du ministère perçoit en cas d'arrêt maladie ordinaire 90% de sa rémunération (traitement indiciaire brut et primes) pendant les 3 premiers mois de son arrêt.

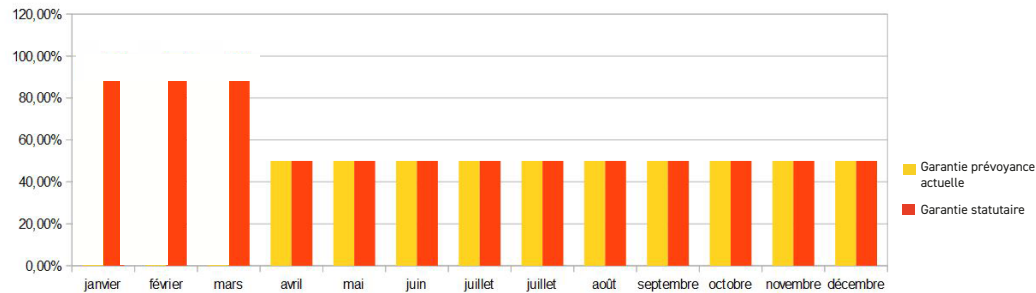
Au-delà des 3 premiers mois en CMO et dans la limite de 9 mois, il perçoit 50% de son traitement indiciaire par l'employeur. S'il opte pour la complémentaire proposée par la mutuelle référencée, il perçoit 50 % de son traitement indiciaire en complément de la part employeur. Il peut percevoir une partie de ses primes calculée sur un pourcentage de son traitement indiciaire s'il a souscrit à une garantie additionnelle proposée par la mutuelle référencée.

A compter du 1er janvier 2026, un agent en CMO percevra 90% de sa rémunération (traitement indiciaire et primes) pendant les 3 premiers mois – garantie statutaire de l'accord.

Les 9 mois suivants, il percevra 50 % de son traitement indiciaire et de ses primes.

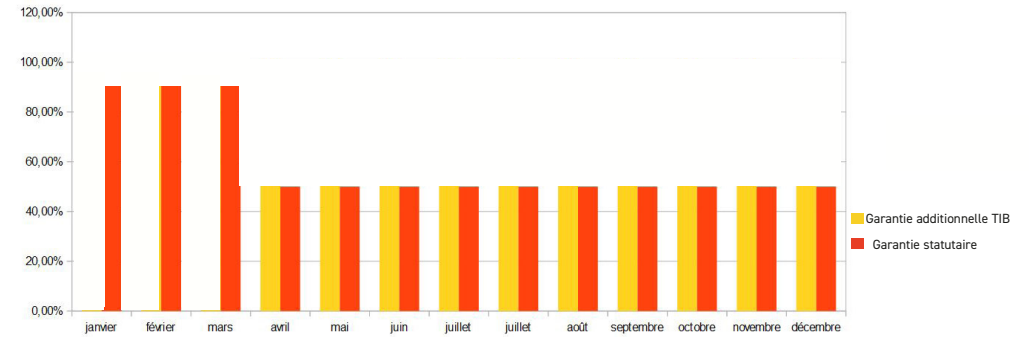
ACTUELLEMENT

Couverture statutaire actuelle en cas de congé maladie ordinaire



Il pourra percevoir 50 % de son traitement indiciaire en sus s'il opte pour la 1ère option de la garantie additionnelle ou 50 % de son traitement indiciaire et 20 % de ses primes en sus s'il opte pour la seconde option de la garantie additionnelle.

Couverture option 1 pour congé de maladie ordinaire

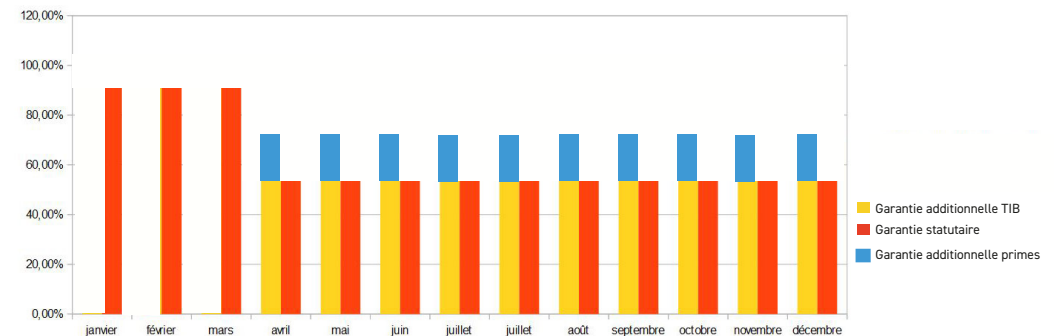


LES DANGERS : Si l'ex ministre de la fonction publique envisageait que les agents publics aient non plus 1 mais 3 jours de carence en cas de CMO, le ministre actuel vient de décider de façon unilatérale d'abaisser à 90% la rémunération des agents publics en cas de congé maladie ordinaire alors même que l'ensemble des organisation syndicale s'y opposaient. Pour la CGT Finances, les agents publics n'ont pas à financer les politiques budgétaires désastreuses ayant plongé la France dans la situation économique actuelle. Une fois encore c'est une attaque en règle contre les droits à la protection sociales des agents publics, une protection à laquelle ces derniers ont droit lorsqu'ils sont malades. Un arrêt maladie n'est en aucun cas associable à une absence ordinaire tel que des congés.

La CGT Finances ne cessera de dénoncer la mise en place d'un délai de carence quel que soit le nombre et continuera d'œuvrer pour sa suppression. Elle se battra pour que les agents en CMO puissent conserver l'intégralité de leur traitement et ainsi continuer à vivre dignement le temps de leur rétablissement.

OPTION 2

Couverture option 2 pour congé de maladie ordinaire



LE CLM/CGM

Le Congé de Longue Maladie (CLM pour les fonctionnaires) ou le Congé de Grave Maladie (CGM pour les agents contractuels). Le CLM/ CGM peut être accordé à un agent présentant une affection qui le met dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions de par des traitements et soins prolongés. Le CLM/CGP peut être accordé avec ou sans fractionnement. La liste des pathologies reconnues est fixée par arrêté mais n'est pas limitative. Jusqu'au 31 août 2024 l'agent placé

en CLM/CGM était rémunéré à 100 % de son traitement indiciaire la première année puis à 50 % les deux années suivantes. A contrario le traitement indemnitaire ne faisait l'objet d'aucune prise en charge. Entre septembre 2024 et le 1er janvier 2026, date prévue de la mise en place de la PSC au sein du ministère, le décret du 27 juin prévoit une amélioration des garanties santé des agents de la fonction publique. L'agent en CLM/CGM est désormais rémunéré à 100 % de son traitement



© MIKE FOUQUE - stock.adobe.com // CGT Finances

indiciaire la première année puis à 60 % les deux années suivantes. Le traitement indemnitaire est couvert à hauteur de 33 % la première année puis à hauteur de 60 % les deux années suivantes.

**A COMPTER DU 1ER JANVIER 2026
L'AGENT EN CLM/ CGM**

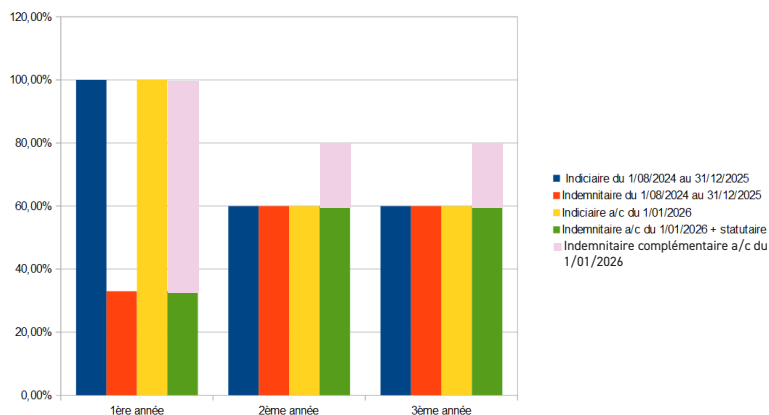
100%

de son traitement indiciaire et **33%** de son traitement indemnitaire la première année.

80%

de son traitement indiciaire et **60%** de son traitement indemnitaire les deux années suivantes.

Le Congé de Longue Maladie (pour les fonctionnaires) ou le Congé de Grave Maladie (pour les contractuels)



LE CONGÉ LONGUE-DURÉE (CLD)

Un agent peut être positionné en CLD s'il est atteint de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis. Actuellement, un agent placé en CLD perçoit l'intégralité de son régime indiciaire les trois premières années puis 50 % les deux années suivantes.

A compter de la mise en place de la PSC, les agents en CLD seront rémunérés à hauteur de 100 % de leur traitement indiciaire les 3 premières années puis 50 % les deux années suivantes. En optant pour l'une des options de la garantie additionnelle proposée,

l'agent sera indemnisé de la façon suivante :

- **option 1** : 0% du traitement indiciaire et 10 % du traitement indemnitaire pendant les 3 premières années du CLD, puis 50 % du traitement indiciaire et 10 % du traitement indemnitaire pendant les deux années suivantes
- **option 2** : 0% du traitement indemnitaire et 70% du traitement indiciaire pendant les 3 premières années du CLD, puis 50 % du traitement indiciaire et 70 % du traitement indemnitaire pendant les deux années suivantes.

Cf tableau ci dessous :

	Garantie statutaire actuelle	Garantie statutaire à compter du 01/01/2026	Garantie additionnelle Option 1		Garantie additionnelle Option 2	
	Traitement indiciaire	Traitement indiciaire	Indemnitaire	Indiciaire	Indemnitaire	Indiciaire
3 premières années	100,00%	100,00%	10,00%	0,00%	70,00%	0,00%
2 années suivantes	50,00%	50,00%	10,00%	50,00%	70,00%	50,00%



INVALIDITÉ POUR LES AGENTS TITULAIRES ET CONTRACTUELS :

Actuellement un agent mis en invalidité non professionnelle et donc dans l'incapacité d'exercer sa mission est placé en retraite pour invalidité. Sa retraite est alors calculée en fonction du nombre de trimestres acquis avant sa mise en invalidité. Cette disposition prend fin au 31.12.2025.

L'ACCORD PSC EXCLUT LA MISE EN RETRAITE POUR INVALIDITÉ.

A contrario l'accord prévoit :

- incapacité temporaire de l'agent, il pourra bénéficier d'une Allocation d'Invalidité Temporaire (AIT) sous conditions.
- invalidité avec incapacité de reprendre une activité, l'agent sera mis en disponibilité pour raison de santé. Dans ce cas, il percevra une indemnité équivalente à 40 % de sa rémunération en cas d'invalidité de catégorie 1 et de 70 % en cas d'invalidité de catégorie 2 et 3 pour une durée indéterminée.

Le contrat prévoyance garanties complémentaire permettra à l'agent de percevoir 10 % de sa rémunération en plus, en cas d'invalidité toutes catégories confondues. Ce dispositif se déploiera au 1.01.2027.

Pour l'année 2026, un régime transitoire sera mis en place avec la disponibilité pour raison de santé. Ainsi l'agent concerné percevra un complément de pension de retraite pour invalidité à hauteur de 80% de la rémunération totale.

DÉCÈS :

En cas de décès de l'agent, l'accord statutaire prévoit qu'un capital décès, soit versé aux ayants droits représentant une année de rémunération de l'agent (TIB et primes).

La garantie complémentaire de l'accord collectif prévoit que ce capital soit doublé en cas de décès de l'agent.

Les garanties statutaires de l'accord prévoient que les enfants des agents décédés perçoivent une rente éducation de 5 % du Plafond Mensuel de a Sécurité Sociale (PMSS) s'ils ont âges de 0 à 18 ans et de 15 % de PMSS de 18 à 26 ans s'ils poursuivent leurs études.

En matière de santé, incidence à l'impôt :

Actuellement la participation employeur de 15€ est soumise à l'impôt et la participation de l'agent titulaire et contractuel n'est pas déductible.

A compter du 1er septembre 2026, la participation employeur de 50 % ainsi que la Participation employeur de 50 % du coût de l'option dans la limite de 5€ sera soumis à l'impôt.

NOUVEAUTÉ A compter du 1er janvier 2026, la part de la cotisation de l'agent à la couverture obligatoire devient déductible, ainsi qu'une fraction de la CSG due sur la participation employeur.

Incidence en matière de cotisations sociales :

Actuellement la participation employeur de 15€ est soumise aux cotisations sociales, alors que la participation de l'agent n'est pas soumise aux cotisations sociales.

NOUVEAUTÉ : A compter du 1er septembre 2026, la participation employeur de 50% à la cotisation d'équilibre ne sera plus soumise aux cotisations sociales. La participation employeur de 50% du coût de l'option dans la limite de 5€ sera soumis aux seules

cotisations salariales RAFP dont le taux est actuellement de 5%. Enfin la participation de l'agent demeure non soumise aux cotisations sociales.

En matière de prévoyance, incidence à l'impôt :

Actuellement pas de participation employeur, aucune déductibilité de la participation de l'agent.

A compter du 1er septembre 2026, déductibilité de la participation employeur de 7€ et de la participation agent à la couverture obligatoire, aucune déductibilité des éventuelles participations de l'agent aux garanties additionnelles.

Incidence en matière de cotisations salariales:

Actuellement aucune participation de l'employeur et la participation de l'agent n'est pas soumise aux cotisations salariales (CSG et CRDS).

NOUVEAUTÉ : A compter du 1er septembre 2026, la participation employeur de la couverture obligatoire de 7€ sera soumise à la CSG et CRDS. Enfin la participation de l'agent demeure non soumise aux cotisations sociales.

Petit cas pratique

Pour une cotisation de 80€ mensuelle en santé, l'employeur cotise à 50 %, soit 40€ auxquels il faut ajouter les 5€ pour l'option. Soit 45€ soumis à l'impôt sur le revenu. Toutefois la part de l'agent étant déductible, seule la participation employeur pour l'option aura un impact sur le revenu fiscal de référence de l'agent.
 $45€ - 40€ = 5€$ soumis à l'impôt sur le revenu.

En matière de contribution sociale, la participation employeur soit les 45€ sont soumis à la CSG et CRDS et la cotisation employeur à l'option est soumise aux cotisations salariales RAFP.

$(45€ \times 9,2 \%) + (45€ \times 0,5\%) + (5 \times 5€) = 4,615€$

A contrario une partie de la CSG due est déductible de l'impôt soit $45€ \times 6,8 \% = 3,06€$.

Au final la CSG et CRDS à la charge de l'agent sera de 1,555€.

Pour la prévoyance, la participation employeur de 7€ ou la participation de l'agent n'a pas d'incidence en matière fiscale.

Au niveau des contributions sociales : $(7€ \times 9,2\%) + (7€ \times 0,5\%) = 0,68€$

A contrario une partie de la CSG due est déductible : $7 \times 6,8 \% = 0,48€$

Au final la CSG et CRDS à la charge de l'agent sera de 0,20€.

Un nouveau point sera fait sur la RAFP, afin d'avoir plus de précisions.

Au final, la participation employeur de 5€ (option) et de 7€ (prévoyance) est minorée par la part de la CSG et CRDS à la charge de l'agent.

Pour la CGT, la participation employeur doit tenir compte de cette minoration tout comme elle doit tenir compte de l'inflation qui grève de plus en plus le pouvoir d'achat des agents publics et n'est pas compensée par une revalorisation du point d'indice.

QUELLE INCIDENCE AU NIVEAU FISCAL ET SOCIAL

QUESTIONS RÉPONSES :

Qu'est-ce qu'un panier de soins ?

un panier de soins regroupe tous les soins dont nous pouvons avoir besoin : visite médecin généraliste, spécialiste, hospitalisation, dentaire, optique, auditif.

Qu'est-ce qu'une option ?

Une option peut être une amélioration du panier de soins initial contre cotisation additionnelle. Par exemple le panier de soin de base propose qu'une

couronne soit remboursée 200€, l'option peut permettre 100€ en plus. La CGT Finances veut contenir le système optionnel pour ne pas servir les sec-teurs non conventionnés et les dépassements d'honoraire.

Combien l'employeur versera pour l'option ?

L'employeur dans sa grande largesse participera à hauteur de 5€ maximum sur chaque option.

Exemple : l'option est évaluée à 17€, l'agent payera 12€.

Est-ce que le ministère participe aussi pour l'option des enfants, des retraités et des ayants-droits ?

Non Bercy participera uniquement pour les actifs, par contre les mécanismes de solidarité pourront permettre de minorer les cotisations des enfants.

Qu'est ce qu'un couplage Santé/Prévoyance ?

le couplage Santé/Prévoyance demandé par la CGT Finance, permet d'avoir un contrat obligatoire sur la Santé ainsi que la Prévoyance. Puisque que les deux contrats seront obligatoires, tous les actifs seront intégrés dans ces contrats et plus il y a de bénéficiaires, plus il y a plus de mécanismes et compensations solidaires.

C'est quoi la différence entre une mutuelle, une assurance ?

une mutuelle relève du code de

la Mutualité, ce sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles exercent dans un cadre juridique qui leur est propre : le code de la Mutualité. Elles ont des administrateurs élus par les adhérents et siégeant à titre bénévole au sein d'un conseil d'administration. Elles convoquent tous les ans leur assemblée générale selon un principe démocratique d'égalité entre les adhérents : « un adhérent, une voix ». Une assurance relève du code des Assu-

rances, elles sont des sociétés de capitaux et donc à but lucratif, les bénéfices sont versés aux actionnaires. Elle applique parfois des questionnaires de santé pour limiter les risques.

Est ce que je pourrais changer de complémentaire si ça ne me convient pas ?

Pour les actifs. Avec le contrat sera obligatoire, il ne sera donc pas possible de changer d'opérateur.



Je suis déjà sur la complémentaire de mon/ma conjoint.e, comment ça se passe ?

Si votre conjoint bénéficie d'un contrat collectif obligatoire, une dérogation sera possible.

Est-ce que ma cotisation sera toujours prélevée sur ma paye ?

Pour les actifs la cotisation du panier de soins sera toujours prélevée sur la paye (système du précompte), par contre pour les retraités, à la demande de la CGT, des travaux sont en cours entre le secrétariat général et le Service des Retraites de l'Etat (SRE).

Pour la CGT le système actuel à savoir le prélèvement de la cotisation mutuelle sur la pension doit perdurer.

C'est quoi la différence entre un médecin conventionné secteur 1, 2 ou 3 ?

- secteur 1 pas de dépassement d'hono-

raires, affiliés sécurité sociale.

- secteur 2 dépassements d'honoraires, affiliés sécurité sociale mais tarifs libres. Les dépassements peuvent être pour une partie pris en charge par la complémentaire.

- secteur 3 médecins qui ne sont plus conventionnés par l'assurance maladie, donc aucun remboursement par la sécu, et rarement par les complémentaires.

Aujourd'hui je ne suis pas à la MGEFI, comme cela va-t-il se passer pour moi ?

Pour les agents actifs, le contrat sera obligatoire, vous devrez donc souscrire au contrat de l'opérateur choisi par Bercy.

Pourrais-je adhérer à une seconde mutuelle si j'estime que le contrat collectif ne me convient pas ?

Non on ne peut être affilié qu'à une seule mutuelle au regard de la sécurité sociale. Par contre il est possible d'adhérer à une sur-complémentaire qui comme son nom l'indique, permettra de rembourser les restes à charge non prévus par le contrat groupe et l'option.



Annexe

Périmètre de l'accord

Annexe 2 – Tableaux de garantie en matière de santé (socle et options)

Garanties y compris le remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Part SS	Panier de soins interministériel. Remboursement	Panier de soins + Option 1 Remboursement	Panier de soins + Option 2 Remboursement
Hospitalisation				
Honoraires (1)				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100%	150%	180%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100%	130%	160%	180%
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgence (FPU)		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait hospitalier et frais de séjour				
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80% ou 100%	100%	125%	150%
Chambre particulière (sans limitation de durée)				
Court séjour et maternité		50 € / nuit	55 € / nuit	60 € / nuit
Soins de suite		40 € / nuit	40 € / nuit	45 € / nuit
Psychiatrie		45 € / nuit	50 € / nuit	55 € / nuit
Ambulatoire		25 € / jour	25 € / jour	30 € / jour
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné		38,50 € / nuit	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné		25 € / nuit	25 € / nuit	25 € / nuit
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultations / Visites de médecins généralistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	150%	180%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	130%	160%
Consultations / Visites de médecins spécialistes				

Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70%	150%	180%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70%	130%	160%	180%
Actes techniques médicaux				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70%	150%	180%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70%	130%	160%	180%
Actes d'imagerie médicale				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70%	130%	150%	150%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	130%	130%
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	100%	120%	130%
Masseurs- kinésithérapeutes	60%	130%	130%	130%
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	100%
Analyses non remboursées				50 € / an
Médicaments				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15%	100%	100%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)		70 € / an	70 € / an	70 € / an
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales	60%	200%	200%	200%

(hors aides auditives et optique)				
Frais de transport en véhicule sanitaire				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	65%	100%	100%	100%
Dentaire				
Soins et prothèses 100 % Santé (2)				
Soins et prothèses 100 % Santé	60%	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Soins (hors 100 % Santé)				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	60%	100%	100%	100%
Prothèses (hors 100 % Santé)				
Panier Maîtrisé				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60%	375%	400%	430%
Prothèses amovibles	60%	375%	400%	430%
Prothèses provisoires	60%	375%	500%	600%
Inlay Core	60%	375%	375%	375%
Inlays onlays d'obturation	60%	150%	200%	220%
Panier Libre				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60%	Dent visible : 300 %	400%	430%
	60%	Dent non visible : 250 %	300%	430%
Prothèses amovibles	60%	Dent visible : 300 %	400%	430%
	60%	Dent non visible : 250 %	300%	430%
Prothèses provisoires	60%	300%	500%	600%
Inlay Core	60%	200%	200%	220%
Inlays onlays d'obturation	60%	150%	200%	220%
Implantologie				
Implants		500 € / implant (limite 2 implants / an)	1000 € / implant (limite 2 implants / an)	1200 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant		200 € / couronne	300 € / couronne	375€ / couronne

		(limite 2 couronnes / 2 ans)	(limite 2 couronnes / 2 ans)	(limite 2 couronnes / 2 ans)
Orthodontie				
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	100%	250%	350%	350%
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)		400 € / semestre	400 € / semestre	500 € / semestre
Parodontologie				
Parodontologie (non remboursée par la Sécurité sociale)			250 € / an	400 € / an
Aides auditives				
Equipements 100 % Santé (2) (3)				
Equipements 100 % Santé	60%	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre (3)				
Equipements à tarif libre pour les plus de 20 ans	60%	800 €	900 €	1 300 €
Equipements à tarif libre pour les 20 ans et moins ou atteint de cécité	60%	1 400 €	1 600 €	1 600 €
Frais d'entretien et réparation				
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	60%	100%	125%	125%
Frais d'entretien et réparation non remboursés par la Sécurité sociale			50€/an	50€/an
Optique				
Equipements 100 % Santé (2)				
Equipements 100 % Santé	60%	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre				
Monture	60%	50 €	100 €	100 €
Verres	60%	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique

Autres prestations optique				
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables (4)	60%	100 € / an	130€ / an	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)		400 € / an	400 € / an	500 € / an
Grille optique (remboursement par verre)				
Verre unifocal, sphérique				
Sphère de - 6 à + 6 (simple)	60%	60 €	100 €	150 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (complexe)	60%	110 €	200 €	250 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (simple)	60%	60 €	100 €	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (simple)	60%	60 €	100 €	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (complexe)	60%	110 €	200 €	250 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (complexe)	60%	110 €	200 €	250 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (complexe)	60%	110 €	200 €	250 €
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de - 4 à + 4 (complexe)	60%	150 €	200 €	250 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (très complexe)	60%	200 €	250 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0 (complexe)	60%	150 €	200 €	250 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (complexe)	60%	150 €	200 €	250 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (très complexe)	60%	200 €	250 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (très complexe)	60%	200 €	250 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (très complexe)	60%	200 €	250 €	300 €

Autres postes				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale				
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	65%	100%	100%	100% + 100€
Médecines additionnelles et de prévention				
Médecine douce				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue		2 séances / an (limite 40 € / séance)	5 séances / an (limite 45 € / séance)	5 séances / an (limite 50 € / séance)
Psychologue				
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 8 séances par an	60%	40 € pour la 1ère séance 30 € pour les 7 séances restantes	40 € pour la 1ère séance 30 € pour les 7 séances restantes	40 € pour la 1ère séance 30 € pour les 7 séances restantes
Psychologue		4 séances / an (limite 30 € / séance)	6 séances / an limite 40€ / séance	6 séances / an limite 40€ / séance
Actes refusés par la sécurité Sociale				
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique		80 € / an	80 € / an	80 € / an
Contraception, tests de grossesse		80 € / an	90 € / an	100 € / an
Dépistage (surdité infant, trouble du langage, hyperactivité, ...)			50 € / an	50 € / an
Prévention				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif		183 € / acte	183 € / acte	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	Variable	100%	100%	100%