

Réforme de la protection sociale complémentaire des personnels du ministère de l'Education nationale

Présentation de la réforme et des mandats de la FSU

Présentation du processus et parcours d'affiliation



ENGAGÉ·ES POUR DES
MEILLEURES RETRAITES

RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE (PSC).

La Sécurité sociale protège les assurés sociaux en prenant en charge une partie de leurs dépenses de santé : c'est l'assurance maladie obligatoire. Mais elle ne rembourse pas la totalité de leurs soins médicaux, il y a souvent un «reste à charge».

Une complémentaire santé est un organisme qui gère le remboursement total ou partiel du "reste à charge" lié à des soins et équipements santé. Une complémentaire santé, ou mutuelle, intervient donc en complément de la Sécurité sociale pour rembourser tout ou partie des frais de santé.

Les mandats de la FSU

- Solidarité en santé nécessité de la prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale des soins prescrits.
- Pour financer la Sécu
 - les cotisations sociales redeviennent le financement essentiel de la sécurité sociale.
 - Requalifier la CSG sur les revenus d'activité en cotisation sociale,
 - Mettre fin à la politique catastrophique d'allégements et d'exonérations des cotisations sociales « patronales » (près de 90 milliards d'euros en 2024).
- Continue de dénoncer l'ordonnance du 17 février 2021 (application de la loi du 6 août 2019 dite Loi TFP). En effet, la PSC, soumise à des logiques marchandes, offre l'opportunité aux assureurs privés de gagner l'appel d'offres pour les contrats collectifs des fonctionnaires. Le renforcement des complémentaires favorise les reculs de la Sécu. Le système à deux niveaux provoque des inégalités, des ruptures de solidarité.
C'est donc la logique même du projet de Sécurité sociale fondée en 1945 qui est remise en cause.
- Rappelle son opposition au découplage entre une couverture santé obligatoire et une couverture prévoyance facultative, porteur d'un risque pour les agent.es les plus jeunes et les plus précaires : pour des raisons financières ou se pensant en bonne santé, certain.es pourraient se priver d'opter pour la prévoyance.
- **Revendique la liberté de choisir sa mutuelle.**

Chronologie réforme PSC : comment en est-on arrivé là ?

2019 - Loi de transformation de la Fonction Publique, art. 40 :

« [...] le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnances toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° Redéfinir la participation des employeurs [...] au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs personnels ainsi que les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers » (même logique que l'ANI de 2016).

2021 - Ordonnance du 17 février, relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique :

« ...le montant de la participation des personnes publiques ne peut être inférieur à la moitié du financement nécessaire à la couverture des garanties minimales... »

« A compter du 1er janvier [...] les personnes publiques [...] remboursent aux agents civils et militaires qu'elles emploient une partie du montant de leurs cotisations de protection sociale complémentaire » => Participation à la PSC, 15€.

2022 - 26 février 2022 : accord PSC Santé, versant Etat de la Fonction publique

accord interministériel pour le volet santé définissant les conditions de mise en oeuvre d'un régime collectif à adhésion obligatoire pour l'ensemble de la fonction publique de l'Etat (entrée en vigueur le 7 mars).

Signataires = Toutes les OS représentatives : FSU, FO, UNSA, CFDT, CGT, Solidaires, CFE-CGC.

2023 Mars : début des réunions de concertations pour le volet santé dans les ministères

Juillet : début des réunions de concertations pour le volet prévoyance pour le versant Etat de la Fonction publique

Octobre : accord interministériel pour le volet prévoyance Fonction publique versant Etat

2024 8 avril : signature de l'accord MEN-MESR-JS en santé et en prévoyance.

2025 Mars : notification du prestataire pour le contrat santé, le groupe MGEN-CNP.

Octobre : notification du prestataire pour le contrat prévoyance.

2026 Avril : entrée en vigueur de la PSC ou report à nouveau ?

REPORT au 1er mai 2026.



ENGAGÉ-ES POUR
UNE AUGMENTATION
DE NOS SALAIRES

Ça change quoi ? du contrat individuel au contrat collectif.

Architecture du système de protection sociale : 2 piliers.

Assurance maladie obligatoire = Sécurité Sociale.

+

Assurance maladie complémentaire = PSC.
Couvre les risques santé et prévoyance.

Avant réforme PSC

1 seul contrat : santé et prévoyance
-individuel
-facultatif

Après réforme PSC

Contrat santé :
-collectif
-obligatoire

+

Contrat prévoyance :
-collectif
-facultatif

- SANTÉ : couverture des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et restant à la charge de l'agent après remboursement de la sécurité sociale.
- PRÉVOYANCE : correspond à l'indemnisation des risques maladie, d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès, en complément des dispositions statutaires de maintien de rémunération.

Passage d'un seul contrat santé et prévoyance à deux contrats distincts = découplage.

Risque de désintérêt des plus jeunes pour la prévoyance.

Absence de liberté de choix en couverture santé.

Ruptures des solidarités, différences importante de coûts, ayants droit, retraité·es.

Encore plus de désengagements de l'État vers les complémentaires ?



ENGAGÉ·ES POUR
DE MEILLEURES
CONDITIONS DE TRAVAIL

Contrat santé : obligatoire pour qui ?

Règle générale : tous les agents·es actifs·ves des ministères éducation Nationale, Enseignement Supérieur et Recherche, ainsi que Jeunesse et Sport.

- fonctionnaires titulaires et stagiaires ;
- agents contractuels de droit public ;
- agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire.

NB : 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, de maternité; en disponibilité pour raison de santé; en congé de proche aidant, de présence prénatale ou de solidarité familiale; ou en congé de formation professionnelle.

Dispenses d'adhésion prévues :

- bénéficiaire de la CSS (ex CMU);
- agent·e couvert·e par le contrat collectif obligatoire du conjoint·e;
- agent·e en CDD et bénéficiant d'une couverture individuelle en santé ;
- agent·e couvert·e par un contrat individuel avant le 1er avril 2026 ou lors de la prise de fonction, mais seulement dans la limite d'un an.

Exceptions : Pour les agent·es affecté·es à **Mayotte**, à **Saint-Pierre-et-Miquelon**, à **Wallis et Futuna** ou encore en **Nouvelle-Calédonie**.

Pour les agent·es exerçant à l'étranger, cela dépendra s'ils/elles sont détaché·es au ministère chargé des affaires étrangères, recruté·es sur contrat local ou rémunéré·es par un des services ou établissements sous tutelle ministérielle.

Peuvent également être bénéficiaires du contrat (adhésion facultative) :

- le ou la retraité·e de l'un des 3 ministères ;
- 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 ou enfant fiscalement rattachés 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.

Architecture du contrat santé.

Contrat collectif obligatoire

Panier de soins socle :

Les garanties socle sont les mêmes pour l'ensemble des bénéficiaires et des ayants droit. Elles sont communes à l'ensemble de la Fonction publique d'État. Proches de l'offre « référence » actuelle de la MGEN.
[cf. doc comparaison des offres]

Options facultatives en santé

Option A : Prise en charge renforcée des dépassements d'honoraires à l'hôpital et en médecine de ville, sur les actes de spécialistes, un complément du forfait en pharmacie et l'augmentation de la participation sur les consultations en médecine douce ou en psychologie.

Option B :

Inclut l'option A et améliore encore la couverture en l'élargissant au dentaire, à l'optique et l'auditif.

Garanties additionnelles facultatives

Garanties obsèques : selon le contrat souscrit, prise en charge du coût total ou partiel des obsèques de l'agent et/ou de leur organisation.

Garanties dépendance : elles garantissent à l'agent une rente dépendance et propose un ensemble de services pour accompagner à la fois les personnes en perte d'autonomie et les personnes aidantes.

NB : L'accord prévoit également que l'opérateur pourvoira à certains services tels qu'un réseau de soins, un service de téléconsultation, une assistance comprenant notamment une aide à domicile, une aide aux devoirs (en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation), une assistance lors de voyages ou déplacements, une aide juridique, un accompagnement dans les démarches administratives et un soutien psychologique.

Cotisations volet santé : bénéficiaires et ayants droit.

Qu'est-ce que la cotisation d'équilibre (CE) ?

Les cotisations sont calculées à partir d'une cotisation d'équilibre du contrat collectif. Cette cotisation d'équilibre correspond au coût moyen des garanties prévues pour l'ensemble des bénéficiaires actifs et des mécanismes de solidarité (gratuité pour enfant, encadrement des cotisations pour les retraité·es...).

La cotisation d'équilibre s'élève à **75,40€ pour 2026**.

Bénéficiaires	Partie socle	Tarif 2026	Option A : 7,23 €	Option B : 30,33 €	Garanties additionnelles	
			Obsèques	Autonomie		
Agent·e	-Prise en charge employeur : 50% de la CE	37,70 €	Prise en charge employeur 3,62 €	Prise en charge employeur 5 €	?	?
	-Part forfaitaire: 20% de la CE	15,08 €				
	-Part variable : coef x rémunération dans la limite de 3925€ brut mensuels	entre 8€ et 32€				
	TOTAL agent.e (hors fonds)	de 23 € à 47 €	3,62 € (50%)	25,33 €		
Conjoint.e	110 % de la cotisation d'équilibre	82,94 €	7,23 € (100%)	30,33 € (100%)	?	?
Enfant 1	45 % de la cotisation d'équilibre	33,93 €	3,62 € (50%)	15,17 € (50%)		
Enfant 2	45 % de la cotisation d'équilibre	33,93 €	1,81 € (25%)	7,58 € (25%)		
Enfant +	Gratuit	0,00 €	0,00 €	0,00 €		
Retraité·es	Cotisation progressive les 6 premières années				?	?
	Année 1 : 100 % de la CE	75,40 €	?	?		
	Année 7 : 175 % de la CE	132,00 €	?	?		
Conjoint.e	225 % de la CE (à confirmer)	170 € (?)	?	?	?	?

Cotisations santé : modalités pratiques

Paiement.

Sur le bulletin de paye :

Colonne « à déduire » :

Seront prélevées la part forfaitaire et la part variable des garanties socle du contrat santé.

Colonne « pour information » :

Apparaîtra la prise en charge employeur pour le contrat socle, soit 37,70 €

Colonne « à ajouter » :

Sera versée éventuellement la participation employeur pour l'option A, 3,62 € ou pour l'option B, 5 €.

Directement à MGEN via prélèvement bancaire:

- cotisations des ayants droit.
- cotisations relatives aux options.

Options facultatives en santé

Attention : le choix du bénéficiaire de prendre l'une des deux options entraîne la prise de cette option pour ses ayants droit.

Souscription : directement auprès de la MGEN, lors du parcours d'affiliation ou avant la date d'effet du contrat. La prise d'effet est : soit la même date que celle des garanties socle en cas de demande simultanée ; soit le 1er jour du mois qui suit la réception de la demande complète.

Après la date d'effet, il sera possible de modifier les options une fois par an après une durée initiale de souscription de douze mois.

Modifier ou résilier une option : Après une durée minimale d'adhésion de 12 mois dans l'option souscrite, l'agent.e pourra la modifier ou la résilier depuis son Espace Personnel sécurisé MGEN, sans passer par l'employeur.

La modification interviendra au 1er jour du mois suivant la réception de la demande complète par la MGEN. La résiliation interviendra un mois après la réception de la demande par la MGEN.



ENGAGÉ-ES POUR
UNE AUGMENTATION
DE NOS SALAIRES

Architecture du volet prévoyance. Quelles garanties ?

Grille valable pour les fonctionnaires et contractuels ayant plus de 4 mois de contrat.

Risques couverts		Règles statutaires	Date d'application	Socle : 0,95 %	Option A : 0,63 %
INCAPACITÉ	C.M.O.	-3 mois à 90% -9 mois à 50%	01/03/25	-	- Complément pour garantir 80 % de la rémunération globale.
	C.L.M. (fonctionnaires) et C.G.M. (non-titres)	-1 an à 100% + 33% des indemnités - 2 ans à 60% + 60% des indemnités	01/09/24 01/09/24	- Complément pour garantir 80 % de la rémunération globale.	- -
	C.L.D.	- 3 ans à 100% (dont CLM année 1) - 2 ans à 50%	-	-	- Complément pour garantir 80 % de la rémunération globale.
INVALIDITÉ	Période transitoire d'invalidité	- disponibilité pour raison de santé, rémunérée à 50%			Maintien à 80 % de la rémunération globale
	Invalidité	Plus de radiation des cadres mais versement d'une prestation d'invalidité : -cat.1: 40% de l'assiette de rémunération -cat.2: 70% de l'assiette de rémunération -cat.3: 70% de l'assiette de rémunération, majorée de 40 %	01/01/27	-cat.1: 50% de l'assiette -cat.2: 80% de l'assiette -cat.3: 80% de l'assiette de rémunération, majorée de 40 %	- - -
DÉCÈS	Capital décès	1 an de rémunération brute à l'indice détenu	01/01/24	1 an de rémunération	-
	Rente éducation	- 5 % du PMSS pour enfant moins de 18 ans. - 15 % du PMSS, de 18 ans à 26 ans.	01/01/24		

Le volet prévoyance entrera en vigueur au 01 mai 2026. La participation de l'employeur sera de 7€.

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité social, 3925€ au 01/01/2025.

Tarifs : les pourcentages s'expriment relativement au revenu brut global.



ENGAGÉ-ES POUR
DE MEILLEURES
CONDITIONS DE TRAVAIL

Parcours d'affiliation à la PSC.

- Démarrage du processus
- Courriel MGEN
- Parcours digital
- Espace sécurisé
- Résiliation du contrat actuel
- Demande de dispense

Affiliation à la PSC, c'est maintenant.

1,682 millions d'agent·es à affilier d'ici avril 2026 !

→ dès le 8 octobre: vagues géographiques de pré-affiliation jusque février 2026, par zone et, à l'intérieur des zones, par ordre alphabétique des académies, puis ordre alphabétiques des agent.es.

Octobre 25 **ZONE A** : Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Limoges, Lyon, Poitiers.

du 8 octobre à fin novembre.



ZONE B : Aix-Marseille, Amiens, Lille, Nancy-Metz, Nantes, Nice, Normandie, Orléans- Tours, Reims, Rennes, Strasbourg.

de fin novembre à mi-janvier.

Février 26 **ZONE C** : Créteil, Montpellier, Paris, Toulouse, Versailles + Corse + Outre-Mer.

de mi-janvier à fin février.

NB : sessions de rattrapage pour les dossiers comportant des anomalies en décembre ou début mars.

NB 2 : Wallis-et-Futuna pas concerné.

Étape 1 : courriel d'affiliation.

Courriel de la MGEN à chaque agent.e. sur sa boîte professionnelle.

Entre octobre et février 2026 : en fonction de sa zone et de son académie. L'agent.e dispose alors de 21 jours calendaires pour réaliser le parcours d'affiliation :

- vérifier dès à présent 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.**

Attention : Si l'agent.e n'effectue pas ou ne finalise pas son parcours d'affiliation dans le délai de 21 jours après réception du courriel d'affiliation et avant avril 2026,

- sera affilié.e d'office au nouveau régime, sans option,
- risque de double affiliation au 1^{er} avril 2026,
- ne pourra pas bénéficier des prestations tant que la MGEN n'aura pas connaissance de ses coordonnées bancaires.

Néanmoins, passé ces 21 jours, il pourra ensuite ajouter ses ayants droit via son Espace Personnel sécurisé MGEN, souscrire à des options et solliciter une dispense.

Étape 2 : parcours d'affiliation.

Dans le courriel de la MGEN : lien vers le parcours d'affiliation.

- Ce parcours permettra à chaque agent de communiquer à la MGEN :
 - les informations nécessaires à son affiliation au contrat santé collectif ;
 - choisir une option ;
 - faire adhérer ses ayants droit ;
 - ou solliciter une dispense.

Documents nécessaires pour réaliser le parcours :

- attestation de droits sécurité sociale
- RIB

Pièces justificatives nécessaires à la couverture du conjoint et / ou des enfants ?

- Pour un.e conjoint.e : l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour.
- Enfant de moins de 21 ans : l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;
- Jusqu'à 25 ans : un justificatif de poursuite d'études et l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;
- Demandeur d'emploi : un justificatif d'inscription à France Travail et l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;
- Quel que soit l'âge de l'enfant, s'il est en situation de handicap, la carte mobilité inclusion ou un justificatif de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit l'allocation d'éducation enfant handicapé (AEEH), soit l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour.



**ENGAGÉ·ES POUR
UNE AUGMENTATION
DE NOS SALAIRES**

Étape 3 : mon espace sécurisé MGEN.

Une fois le parcours d'affiliation réalisé, je dispose d'un espace sécurisé MGEN.

Quand pourrai-je accéder à mon espace sécurisé MGEN ?

Il sera accessible à partir du 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.

- Vérifier les informations transmises lors du parcours d'affiliation :
choix de l'option, coordonnées des ayants droit, adresse de messagerie de contact, coordonnées bancaires, ...
- Possibilité d'affilier de nouveaux ayants droit (en cas de naissance ou d'adoption)
- Souscrire aux options.
- Modifier le choix des options :
 - avant le 1^{er} avril 2026, date d'effet du contrat,
 - après le 1^{er} avril 2026, une fois par an après une durée initiale de souscription de douze mois
- Résilier une option : après une durée minimale d'adhésion de 12 mois dans l'option souscrite.

Étape 4 : résilier mon contrat actuel en santé

A-Je suis déjà adhérent.e MGEN :

Un.e adhérent.e à un contrat complémentaire santé MGEN n'a aucune démarche de résiliation à effectuer. En revanche, il/elle doit bien effectuer son parcours d'affiliation au nouveau contrat collectif.

B-Je ne suis pas adhérent.e MGEN :

La MGEN n'est pas réglementairement habilitée à effectuer la résiliation pour le compte de l'agent.e. L'agent.e doit 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. Dans ce cas, l'agent.e pourra demander une dispense d'adhésion jusqu'à la date d'échéance de son contrat individuel actuel, dans la limite d'un an.

NB : la MGEN mettra à disposition des agent.es,

- 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.
- Un courrier type pour faciliter leurs démarches.

Étape 5 : demande de dispense.

Cas de dispense :

bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS, ex-CMU-C)	agent·e couvert·e par le contrat collectif obligatoire de leur conjoint·e	agent·e en CDD (non-titulaires, AED, AESH) et bénéficiant d'une couverture individuelle en santé.	agent·e couvert·e par un contrat individuel avant le 1er avril 2026 ou lors de la prise de fonction : jusqu'à la date d'échéance de son contrat individuel, dans la limite d'un an.
---	---	---	---

Demande de dispense : auprès de la MGEN.

- Dans le cadre de son parcours d'affiliation, l'agent.e pourra solliciter une dispense en ligne.
- Une attestation sur l'honneur sera à fournir par l'agent lors du parcours d'affiliation (un modèle sera téléchargeable sur le site de la MGEN).
- Postérieurement à son affiliation et en cours de contrat, sur son espace sécurisé, dès lors de la réalisation de l'événement ouvrant droit à la dispense (ex : affiliation à la complémentaire du/de la conjoint·e).



ENGAGÉ-ES POUR LA
FONCTION PUBLIQUE