

GUIDE 2026

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE



//SOMMAIRE



CE QUI EXISTE 04

CE QUE PORTE LA CGT 05

POURQUOI LA CGT ET L'ENSEMBLE DES OS ONT SIGNÉ LES ACCORDS 06

LES LIMITES DE L'ACCORD 08

COMMENT EST CALCULÉ MA COTISATION SANTÉ ? 12

CACUL DE LA COTISATION EN PRÉVOYANCE 18

GARANTIES EN PRÉVOYANCE 22

IMPOSITION 23

ÉLÉMENTS HISTORIQUES 26

ÉDITO

Ce guide a vocation à vous présenter la construction de la PSC au sein des ministères économiques et financiers.

De l'ouverture des négociations et de leur déroulé sur plusieurs mois jusqu'à la conclusion de l'accord, nous reviendrons sur les combats que nous avons menés tout au long du processus.

La CGT est un syndicat composé de militant·es convaincu·es, porteur·ses de justice sociale, féministe et écologiste, dont l'un des objectifs est la transformation de la société.

C'est pourquoi nous reviendrons également sur notre vision d'une sécurité sociale intégrale.

*Nous vous expliquerons comment sont calculées les cotisations santé-prévoyance et ce qu'elles couvrent.
Nous aborderons les situations des collègues les plus vulnérables.
Nous ferons un point sur la fiscalisation de la participation de l'employeur.*

Nous traiterons également de la situation des retraité·es.

Enfin, parce que la sécurité sociale est le bien de toutes et tous, nous vous expliquerons, à travers un rappel historique, comment nous sommes arrivé·es à la situation actuelle : du projet d'une sécurité sociale intégrale issu du Conseil national de la Résistance à la manière dont le système capitaliste a dévoyé ce modèle pour aboutir à une marchandisation de la santé.

CE QUI EXISTE

Depuis 2013, pour les salarié-es du secteur privé, l'accord national interprofessionnel (ANI) met en place la participation de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire, à hauteur minimale de 50 % de la cotisation en matière de santé.

Cet accord laisse aux employeurs la main sur le choix de la complémentaire santé et fait la part belle aux groupes assurantiels, c'est-à-dire à un système lucratif dominé par la recherche du profit.

De nombreux-ses salarié-es du privé, en particulier celles et ceux des petites entreprises, sont contraint-es de souscrire

une surcomplémentaire afin de limiter leurs restes à charge.

C'est pourquoi la CGT n'a pas signé cet accord.

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

OUVERTURE DES NÉGOCIATIONS FONCTION PUBLIQUE:

C'est la loi portant transformation de la fonction publique qui a habilité le gouvernement à légiférer par ordonnance sur le sujet de la protection sociale complémentaire. L'ordonnance, adoptée le 17 février 2021, rend ainsi obligatoire la participation des employeurs publics à la prévoyance et à la complémentaire santé des agent-es, comme cela existait déjà dans le secteur privé.

Les travaux sur la PSC au niveau de la fonction publique ont débuté en décembre 2020. La CGT Fonction publique y a pris toute sa place, contribuant à faire évoluer positivement le dispositif socle, mais également à améliorer les prestations en prévoyance (capital décès, congés de longue durée, invalidité-incapacité).

Un accord relatif à la santé a été signé le 6 mars 2023 et un accord relatif à la prévoyance a été signé le 20 octobre 2023 dans la fonction publique. Ces accords ont figé les socles en santé et en prévoyance.

Au sein des ministères économiques et financiers (MEF), le projet a été présenté aux organisations syndicales en novembre 2022. Un chantier de plusieurs mois s'est ensuite ouvert en mai 2023. Ainsi, les accords de la fonction publique ont

figé le panier de soins socle en santé et les garanties socles en prévoyance, ne laissant aux négociateur-ices que la possibilité d'améliorer les garanties par le biais d'options, tant en santé qu'en prévoyance.

Pendant des travaux de près de deux ans, le ministère a fait le choix de se faire accompagner par un cabinet de conseil (actuariat). Celui-ci a participé à l'ensemble des négociations et, à chaque étape, a produit des projections et des propositions tarifaires.

À chaque rencontre, la CGT a défendu une meilleure participation de l'employeur en santé et en prévoyance, l'intégration des options au panier de soins socle, une meilleure prise en charge pour les familles ainsi que la participation du ministère pour les retraité-es.

Chaque rencontre a permis de porter ces revendications et de faire évoluer l'accord de manière positive, même si des insuffisances persistent.

Ainsi, le 21 juin 2024, la CGT Finances, ainsi que l'ensemble des organisations syndicales, ont signé l'accord.

CE QUE PORTE LA CGT

La CGT continue de défendre et de promouvoir une sécurité sociale solidaire et intégrale à 100 %, reposant sur les richesses créées par le travail et sur les principes d'unicité, d'universalité, de solidarité et de démocratie. Elle est financée par les cotisations sociales, partie du salaire mise en commun, dont les travailleur·ses décident collectivement de l'usage dans l'intérêt général (le salaire socialisé) :

« *Chacun·e cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* ».

Ce système, plus juste, mis en place en 1946 dans un pays ruiné et ravagé par la guerre, revient moins cher qu'un système d'assurances santé privées, tant pour les assuré·es que pour l'ensemble de l'économie.

Pour cela, il faut :

- élargir l'assiette des cotisations sociales (stock-options, dividendes, primes) ;
- créer une surcotisation pour les entreprises ayant des politiques salariales au rabais et une gestion de l'emploi fondée sur la précarité ;
- mettre à contribution les revenus financiers des entreprises ;
- instaurer l'égalité salariale entre les femmes et les hommes, ce qui
- rapporterait à minima 20 milliards d'euros de cotisations sociales ;
- améliorer les conditions de travail ;
- mettre en place un grand service public de l'autonomie, intégré à la Sécurité sociale ;
- supprimer les exonérations de cotisations sociales ;
- lutter contre la fraude des employeur·euses au versement des cotisations sociales.

La protection sociale complémentaire ne doit pas pallier l'affaiblissement organisé de la Sécurité sociale ni générer un surcoût pour les salarié·es. Elle doit permettre aux agent·es, actif·ves et retraité·es, de bénéficier d'une couverture santé et prévoyance avec une prise en charge de l'employeur.

Pour cela, il faut :

- choisir des groupes mutualistes avec une véritable politique sociale, répondant à des critères sociaux et environnementaux, et garantissant la place des adhérent·es dans la prise de décision (assemblées générales) ;
- limiter le processus de renchérissement du coût de la santé afin de contenir le coût des complémentaires santé ;
- intégrer la dépendance et la rente handicap dans les régimes de prévoyance.



POURQUOI DES ORGANISATIONS ONT SIGNÉ

(FONCTION PUBLIQUE)

Le couplage : Seul le ministère de l'économie et des finances a réussi à obtenir une négociation et un projet d'accord unique sur la Santé et la Prévoyance à l'image de ce qui existait dans le référencement depuis 2007.

En rendant obligatoire l'adhésion au contrat collectif santé ET prévoyance, le jeu des solidarités intergénérationnelles et inter catégorielles en termes de prestations est plus fort. En effet le recours à un opérateur unique permet d'obtenir une solidarité entre les actifs en termes de prévoyance et donc de réduire les coûts de celles-ci pour les revenus les plus faibles.

Cette offre considérée comme trop avantageuse par la DGAFP (Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique) a entraîné une modification du décret pour que les autres ministères ne puissent pas en bénéficier.

Même si le coût de la prévoyance demeure beaucoup trop élevé à notre sens (faute d'une

DI LA CGT, ET L'ENSEMBLE ANISATIONS SYNDICALES, É LES ACCORDS

QUE , MINISTÈRE ÉCONOMIQUE ET FINANCIERS) ?

participation employeur suffisante), il est beaucoup plus bas que dans d'autres ministères.

Les mécanismes de solidarité sont mis en place. 50 % de ces derniers ont vocation à minorer les cotisations de 30 % des adhérents avec enfants aux revenus les plus faibles et les 50 % autre à financer des aides sociales ponctuelles. Le fond de solidarité est alimenté par une cotisation additionnelle .

Initialement cette cotisation était fixée à 0,5 %. Après de nombreuses discussions, elle a été revue à la hausse et a été fixée à 3 %. Ainsi elle permet d'alimenter le fond de solidarité de façon raisonnée.

Le recours aux options

: l'accord fonction publique a figé le panier

de soin socle en santé et le socle en prévoyance. Les négociateurs de la fédération n'ont alors eu pour seul moyen d'accorder des garanties supplémentaires en santé et prévoyance aux agents des MEF, que de travailler à la construction d'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 doit 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.

La prise en charge des agents les plus vulnérables en prévoyance a été rendu possible. En effet ces derniers (collègues en Congés Maladie Ordinaire – Congés Longue Maladie – Congés Longue Durée, mi temps thérapeutique et accident de travail) ont pu opter à l'option 1 au moment de leur affiliation ce qui initialement ne leur était pas accordé.

La CGT n'a cessé de dénoncer cet état de fait et a obtenu que les agents en situation de maladie au moment de l'affiliation pour une prise en charge à compter du 1er janvier 2026 puissent adhérer au socle et s'ils le souhaitent à l'option 1.

LES LIMITES DE L'ACCORD

pourquoi le dénoncer ?

Ces améliorations ont poussé la CGT Finances à signer l'accord. Cependant la suite nous a montré que les informations communiquées avec lesquelles nous avons pris cette décision étaient incomplètes voire erronées. Si l'accord signé avait vocation à offrir des garanties et des prestations de qualités aux agents des MEF, au fur et à mesure que l'opérateur retenu présente le déploiement du système complémentaire santé au sein des MEF, celui ci se retrouve perverti.



En voici des illustrations :

SUR LA SOLIDARITÉ FAMILLE :

La méconnaissance de la sociologie du ministère par l'opérateur retenu en santé (qui a pourtant obtenu la meilleure note lors de l'appel d'offres) fait que la solidarité à l'égard des familles n'est viable que durant les six premiers mois de l'année de mise en place. A contrario, le fonds des retraité-es serait sous-exploité en raison de la quasi-absence d'adhésion des retraité-es au contrat collectif.

Au moment où la CGT Finances rédige ces lignes, à peine 1 000 retraité-es se sont affilié-es à ALAN, alors même qu'il existe un fonds dédié visant à financer une partie de la cotisation pour 30 % des retraité-es aux ressources les plus faibles. Face à la sous-utilisation de ce fonds, alors que celui dédié aux familles est insuffisant, une volonté émerge de réaffecter ce fonds vers les familles et l'accompagnement social

Pour la CGT, la publication du décret de novembre 2025, permettant aux agent-es retraité-es de s'affilier

à ALAN dans un délai de 24 mois suivant l'information du changement d'opérateur — et non 12 mois comme le prévoyait le décret initial —, combinée au fait que, si ce fonds est aujourd'hui sous-utilisé, les actif-ves d'aujourd'hui étant les retraité-es de demain, le nombre de retraité-es affilié-es pourrait à l'avenir fortement augmenter et ainsi épuiser le fonds de solidarité qui leur est dédié.

Pour la CGT Finances, il revient au ministère de prendre en charge les solidarités si les fonds ont été sous-évalués. Pour la CGT Finances c'est au ministère de prendre en charge les solidarités si les fonds ont été sous-évalués.

SUR LE PRIX DES OPTIONS :

Si initialement l'actuaire avait annoncé des tarifs proches de 11€ pour l'option 1 en santé et avoisinant les 16€ pour l'option 2, force est de constater que là encore les prévisions étaient bien en deçà des tarifs proposés par l'opérateur retenu. Aujourd'hui les tarifs sont de l'ordre 16 euros pour l'option 1 et 36 pour la seconde.

De plus l'expérience au ministère en charge de l'aménagement du territoire, du logement, des transports et de la transition écologique qui a ALAN comme opérateur nous montre que le coût de ces options est encore sous calibré, laissant envisager de fortes hausses. Il faut savoir de plus que l'administration préfère voir augmenter le coût des options plutôt que celui de la cotisation d'équilibre pour ne pas accroître sa participation.

SUR L'EXAMEN DES AIDES EXCEPTIONNELLES :

Le traitement des demandes est automatisé. L'examen des dossiers écartés du traitement automatique généré par l'IA sera assuré par le service client d'ALAN.

Ainsi, les représentant-es des personnels ne seront consulté-es que pour déterminer s'il convient d'ajouter des éléments de prise en charge dans le cadre de l'accompagnement social, lesquels pourraient ensuite être intégrés à l'IA.

SUR LES ACTIONS EN PRÉVENTION EN SANTÉ

proposées par l'opérateur non concurrentielles de celles proposées par la sécurité sociale. L'opérateur, retenu dans sa course effrénée au profit, proposera pour les agent-es du ministère et ce malgré ses engagements dans le cadre de l'appel d'offre à faire aussi bien que l'opérateur référencé, un dispositif reposant essentiellement sur des programmes dématérialisés :

- des programmes personnalisés sur leur application alors que seuls 70 % des agent-es du ministère ont téléchargé l'application !
- des webinaires thématiques mensuels animées par deux experts. Les thématiques proposées sont diverses tel que les Troubles Musculo-squelettiques (TMS), addictions, santé mentale, gestion du stress, Santé mentale des femmes, Mesdames vous apprécierez !

Enfin, en s'appuyant sur les services des ressources humaines interdirectionnelles locales, la

formation spécialisée, etc., l'opérateur santé organisera, là où des besoins seront identifiés, des ateliers, des journées santé ou des conférences, au cours desquels interviendront des responsables de prévention d'ALAN, des partenaires ainsi que des responsables client-es d'ALAN.

Ainsi, les agent-es du ministère seront sensibilisé-es, sous couvert de prévention, aux différents dispositifs proposés, tels que celui dédié à l'optique (avec l'achat direct de lunettes en ligne), la téléconsultation, et pourront être conseillé-es sur les différents services et produits proposés sur ALAN Shop.

En plus de ces dévoiements de l'accord, plusieurs points de désaccord subsistent :

- le montant de la prise en charge par l'employeur, qui doit aller au-delà de 50 % en santé comme en prévoyance ;
- le montant de la cotisation d'équilibre pour les enfants de moins de 21 ans, qui devrait être de 25 % pour les deux premiers enfants, et non 50 % comme actuellement, et de 50 % pour les enfants de plus de 21 ans, et non 100 % ;
- le fait que l'accord de la fonction publique ait fortement contraint les négociations (d'où la non-signature de l'accord de méthode), ne permettant pas de faire valoir le principe de faveur ;
- l'absence de participation de employeur-euses pour les retraité-es et les ayants droit ;

- l'absence d'amélioration du panier de soins statutaire ;
- l'absence de prise en charge additionnelle pour la perte d'autonomie, ni en santé ni en prévoyance ;
- l'absence de prise en charge, pendant la période intermédiaire 2024-2027, de certaines prestations, notamment la disponibilité pour raison de santé (DPRS) ;
- l'absence de minoration de la cotisation pour les conjoint-es, ainsi que l'absence d'abaissement des plafonds de cotisation et d'âge pour les retraité-es choisissant la portabilité du contrat.

Pour l'ensemble de ces raisons, la CGT Finances souhaite dénoncer cet accord et, forte de son expérience, en négocier un nouveau, plus favorable aux agent-es.

Cette dénonciation ne peut être prise en compte que si elle est majoritaire. Il est donc nécessaire d'aboutir à une dénonciation intersyndicale, laquelle devra déboucher sur de nouvelles négociations, sur la base des revendications des organisations syndicales.

En cas de dénonciation majoritaire, l'accord deviendrait caduc, même si l'ensemble des décisions prises par employeur-euses pendant sa durée resterait applicable si l'ensemble des décisions prises par l'employeur pendant la durée de l'accord reste valable.

Pourquoi la CGT se bat contre le choix de ALAN start-up.

.....

La société ALAN est une licorne (start-up valorisée à plus d'un milliard d'euros), non cotée en bourse, qui a levé des fonds étrangers depuis sa création en 2016. Son objectif, comme celui de nombreuses entreprises de ce type, est d'attirer des fonds spéculatifs avec la promesse de fortes plus-values. Ses dirigeant-es ont rencontré à plusieurs reprises E. Macron, notamment lors des salons de la « French Tech » ou « Choose France ».

Cet opérateur ne dispose d'aucun point d'accueil physique, présente une expérience trop limitée dans le domaine de la protection sociale complémentaire pour un contrat d'une telle ampleur que celui du ministère des Finances, affiche des exercices comptables déficitaires depuis sa création, et met en œuvre un management reposant en partie sur l'intelligence artificielle, ainsi que sur la délocalisation des données de ses client-es, au mépris des règles de confidentialité.

Ce choix apparaît comme un choix politique, au service de la financiarisation et de la marchandisation de la santé.

Alors qu'une mutuelle est une organisation à but non lucratif fonctionnant sur le principe de solidarité, les assurances santé sont des organismes privés à but lucratif dont l'objectif est de générer du profit plutôt que de couvrir les risques.

Et une start-up ? Ce terme désigne une entreprise nouvelle et innovante, à fort potentiel de croissance et de valorisation. Ainsi, elle ne recherche pas nécessairement un profit immédiat (comme une compagnie d'assurance), mais une augmentation de sa valeur en attirant des fonds spéculatifs. Le problème ? Au-delà du fait qu'elle repose sur des mécanismes spéculatifs pouvant fragiliser l'économie, une start-up est, par nature, une structure instable.

Nous ne pouvons accepter de confier notre santé à des fonds spéculatifs.

.....

COMMENT EST CALCULÉE MA COTISATION EN SANTÉ ?

La cotisation repose sur une cotisation d'équilibre, qui correspond au niveau de financement nécessaire pour couvrir les dépenses de santé de l'ensemble des bénéficiaires.

Cette cotisation a été fixée par ALAN à 69,80 € pour l'année 2026.

À savoir : son évolution sera réexaminée chaque année en Commission paritaire de pilotage et de suivi, au sein de laquelle siègent les représentant-es des personnels, avec un avis consultatif.

La part employeur correspond à 50 % de la cotisation d'équilibre, soit 34,90 € par mois.

À noter : cette participation ne correspond pas à 50 % de la cotisation réelle de chaque agent-e, mais bien à 50 % de la cotisation d'équilibre.

Part à la charge de l'agent-e

Elle se compose de deux éléments : une part fixe et une part variable.

1. Une part fixe

Cette part fixe, ou forfaitaire, représente 20 % de la cotisation d'équilibre, soit 13,96 €.

2. Une part variable

Elle comprend une part solidaire et des cotisations additionnelles.

• La part solidaire

Elle est fixée à 0,67 % de la rémunération mensuelle brute.

Cette rémunération inclut le traitement brut et les primes pérennes, et exclut les primes exceptionnelles ou ponctuelles, l'indemnité de télétravail ainsi que le remboursement domicile-travail.

Exemple : pour une rémunération brute de 3 000 €, la part solidaire s'élève à 20,10 € par mois.

À savoir : la rémunération mensuelle brute est plafonnée au plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 3 925 €. Au-delà, la part solidaire est plafonnée à 26,30 €.

En pratique, les agent-es percevant les rémunérations les plus élevées contribuent proportionnellement moins que les autres.

• Cotisations additionnelles (financement des solidarités)

Une cotisation de 3 %, destinée à financer l'accompagnement social :

-> 50 % financent la solidarité en faveur des enfants (pour 33 % des adhérent-es aux revenus les plus faibles, selon un barème de ressources) ;

-> 50 % sont consacrés à l'accompagnement social des agent-es, en fonction de leur état de santé et de leurs ressources.

Une cotisation de 2 %, destinée à financer le fonds d'aide aux retraité-es, permettant une prise en charge partielle de la cotisation pour 33 % des retraité-es disposant des pensions les plus faibles (selon un barème de ressources).

Ces cotisations additionnelles sont calculées sur le montant hors taxes de la part fixe et de la part solidaire. Les taxes représentent 14,7 %.

Exemple de calcul

Pour une rémunération brute mensuelle de 3 000 € :

Base de calcul : 34,06 € (13,96 € + 20,10 €), soit 29,86 € hors taxes
0,90 € au titre de la solidarité enfants et de l'accompagnement social
0,60 € au titre du fonds d'aide aux retraité-es

Montant total : la cotisation mensuelle en santé pour un-e agent-e percevant 3 000 € bruts est de 35,55 €.

Dans notre exemple, la cotisation en matière de santé pour un agent ayant une rémunération brute mensuelle de 3 000 € sera de 35,55€ par mois.
Récapitulatif de la part agent-e mensuel pour une rémunération brute mensuelle de 3000€

Part fixe	Part solidaire	Part accom- pagnement social	Solidarité - re- traités	Part à la charge de l'agent
13,96€	20,10€	0,90€	0,60€	35,56€

Il est possible d'améliorer le panier de soins socle en faisant le choix d'adhérer à l'une des deux options facultatives.

Elles permettent une meilleure couverture de la prise en charge des soins et d'ainsi diminuer le reste à charge pour les agent-es optant.

À savoir : l'employeur participera à hauteur de 5 € pour l'agent-e actif qui adhérerait à l'une d'elles. Ce montant sera remboursé sur votre fiche de paie. Par contre, le montant de l'option sera prélevé sur votre compte bancaire.

Rémunération brute	Option 1	Option 2
Inférieure à 3 000€	15,64€	34,42€
Entre 3 000€ et 4 000€	16,58€	36,50€
Supérieure à 4 000€	17,53€	38,57€

Exemple de cotisation avec options

À titre d'exemple, pour une rémunération brute mensuelle de 3 000 €, la cotisation s'élève à :

- 16,58 € par mois pour l'option 1 ;
- 36,50 € par mois pour l'option 2.

L'agent-e aura alors à sa charge (cotisation santé + option), selon le choix retenu :

- Option 1 : 52,14 € par mois ;
- Option 2 : 72,06 € par mois.

Les 5 € de remboursement ne sont pas inclus dans ces montants. En effet, cette somme est prélevée directement sur le compte bancaire, tandis que la participation employeur est versée sur la fiche de paie.

Les ayants droit

Les enfants

Montant de la cotisation à la charge de l'agent-e actif-ve pour les enfants rattaché-es au contrat collectif :

Enfant de moins de 21 ans : 36,44 € ;

Enfant de plus de 21 ans : 43,71 € ;

Gratuité à partir du troisième enfant de moins de 21 ans.

À savoir : Pour les agent-es percevant les rémunérations les plus faibles et ayant des enfants de moins de 21 ans rattaché-es à leur contrat, une réduction mensuelle est prévue.

Cette mesure est financée par 50 % des crédits dédiés à l'accompagnement social, via la cotisation solidaire d'accompagnement social.

Rémunération Brute	Réduction mensuelle de la cotisation enfants
Inférieure à 2 450€	12€
Entre 2 450€ et 2 750€	7,5€
Entre 2 750€ et 3 000€	5€

Enfant de moins de 21 ans :

	Part agent	Deux Cotisations additionnelles	Cotisation totale
Socle	34,90€	1,54 €	36,44 €
Option 1	2,59 €	-	2,59 €
Option 2	6,91 €	-	6,91 €



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

Pour les enfants de plus de 21 ans, le coût de l'option est équivalent à celui des enfants de moins de 21 ans.

Les conjoints :

La cotisation d'un conjoint ne peut pas dépasser 110 % de la cotisation d'équilibre.

	Part agent	Cotisation additionnelle	Cotisation totale
Socle	71,24 €	3,15 €	74,39 €
Option 1	12,85 €	-	12,85 €
Option 2	34,24 €	-	34,24 €

À SAVOIR : si un agent adhère à l'une des options, ses ayants droits sont affiliés automatiquement à cette option.

Les retraités :

Le montant de la cotisation est fixée dans le contrat collectif.

Il est indiqué dans l'accord qu'au cours des six années suivant la cessation définitive d'activité du bénéficiaire retraité, le pourcentage de la cotisation d'équilibre auquel est plafonnée la cotisation acquittée par les bénéficiaires retraités est fixé comme suit :

- 100 % au titre de la 1ère année ;
- 125 % au titre de la 2ème année ;
- 150 % au titre des 3ème, 4ème et 5ème années ;
- 175 % à partir de la 6e année.

Le montant de la cotisation des retraités est fixé en fonction de l'âge du retraité et en fonction du nombre d'années de retraite.

Concrètement cela donne le tableau ci dessous :
mettre tableau des tarifs ALAN pour les retraités / pièce jointe

* Votre âge sur la colonne de gauche

* de gauche à droite le nombre d'années depuis lequel vous êtes à la retraite.

Âge	Ancienneté à la retraite					
	< 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	3 à 4 ans	4 à 5 ans	> 5 ans
≤ 60 ans	72,87€	91,08€	93,65€	93,65€	93,65€	93,65€
61 ans	72,87€	91,08€	95,11€	95,11€	95,11€	95,11€
62 ans	72,87€	91,08€	96,67€	96,67€	96,67€	96,67€
63 ans	72,87€	91,08€	98,33€	98,33€	98,33€	98,33€
64 ans	72,87€	91,08€	100,06€	100,06€	100,06€	100,06€
65 ans	72,87€	91,08€	101,91€	101,91€	101,91€	101,91€
66 ans	72,87€	91,08€	103,86€	103,86€	103,86€	103,86€
67 ans	72,87€	91,08€	105,91€	105,91€	105,91€	105,91€
68 ans	72,87€	91,08€	108,09€	108,09€	108,09€	108,09€
69 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	110,37€
70 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	112,78€
71 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	115,31€
72 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	117,93€
73 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	117,93€
74 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	117,93€
≥ 75 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	117,93€

À savoir : tarification des retraité-es

Dans la tarification 2026, l'opérateur n'applique pas le niveau maximal de plafonnement de la cotisation pour les retraité-es. Ainsi, un plafond de 161 % de la cotisation d'équilibre est retenu pour les retraité-es depuis plus de six ans, sans atteindre le maximum autorisé.

De même, pour les retraité-es les plus jeunes, l'augmentation n'atteint pas non plus le plafond maximal.
Toutefois, aucune garantie tarifaire n'engage l'opérateur. Celui-ci pourra donc, les années suivantes, compenser cette minoration par des hausses.

Options pour les retraité-es

Le barème des options dépend du montant de la pension et de l'âge de l'adhérent-e retraité-e.

Pour l'année 2026 :

Option 1 : de 15,64 € à 16,95 € ;

Option 2 : de 34,42 € à 37,31 €.

Exemple pour un-e retraité-e âgé-e de 75 ans après 10 ans de retraite :

		Part retraité	Cotisation additionnelle	Cotisation totale
Socle		112,98 €	4,98 €	117,96 €
Option 1	pension Inférieure 2250 €	16,36 €	-	16,36 €
	pension Entre 2250 et 2750 €	16,41 €	-	16,41 €
	Pension Supérieure à 2 750 €	16,45 €	-	16,45 €
Option 2	Pension inférieure 2 250 €	36,01 €	-	36,01 €
	Pension entre 2250 et 2750 €	36,11 €	-	36,11 €
	Pension Supérieure à 2750 €	36,21 €	-	36,21 €



© Richard Villalon- stockadobe.com // CGT Finances



© Joseph Maniquet- stockadobe.com // CGT Finances

La cotisation des retraité-es est fonction de leur ancienneté dans la retraite.
La cotisation aux options pour les retraité-es dépend du niveau de leurs ressources mensuelles.

La solidarité envers les retraité-es :

Quotient familial (sens fiscal et sur justificatif*)	Réduction
19 000€	20€ / mois
Entre 19 000 € et 20 000 €	10€ / mois

Les retraité-es doivent transmettre la première page de leur avis d'imposition afin de justifier leur revenu fiscal de référence ainsi que le nombre de parts de leur foyer fiscal.

Le contrat collectif proposé en santé ne prévoit aucune prise en charge de la perte d'autonomie, que ce soit pour les agent-es actif-ves ou les retraité-es.



Les agent-es relevant du régime Alsace-Moselle

Les agent-es relevant du régime local Alsace-Moselle bénéficient d'une minoration de leur cotisation. Celle-ci est ainsi strictement proportionnelle à leurs revenus.

	Panier de soins	Option 1	Option 2
Agent	49,27€	15,64/16,58/17,53€	34,42/36,50/38,57€
Conjoint	51,49€	12,82€	34,24€
Enfant - de 21 ans	23,35€	2,59€	6,91€
Enfants plus de 21 ans	30,20€	2,59€	6,91€
Retraité	81,50€	16,86/16,91/ 16,95	37,10/ 37,20/37,31

Pour rappel le panier de soins regroupe les prestations suivantes :

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, étioathe, 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 enfant, 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%

CALCUL DE LA COTISATION EN PRÉVOYANCE

Cet accord regroupe, en matière de prévoyance, l'ensemble des garanties couvrant les risques liés à la maladie (congé de maladie ordinaire — CMO, congé de longue maladie — CLM, congé de longue durée — CLD), aux accidents, au décès, à la mise en retraite pour invalidité ainsi qu'à l'invalidité.

Attention : la perte d'autonomie n'est pas incluse dans l'accord PSC du MEF.

Le contrat de groupe

Le contrat de groupe est obligatoire pour l'ensemble des agent-es du ministère des Finances.

Il se compose :

- d'un socle obligatoire ;
- de deux options facultatives.

À savoir :

L'affiliation au socle prend effet au 1er janvier 2026 pour les agent-es ayant effectué leur adhésion avant le 30 janvier 2026.

Les agent-es n'ayant pas répondu aux sollicitations de GMF-Vivinter à cette date sont affilié-es d'office au socle, sauf en cas de dispense.

Les agent-es ayant bénéficié d'une dispense provisoire prenant fin en 2026 devront obligatoirement s'affilier au socle. Ils et elles pourront, à cette occasion, souscrire à une option.

Les agent-es en CMO, CLM ou CLD au moment de l'affiliation ont été affilié-es au socle et n'ont pu souscrire qu'à l'option 1.

Les agent-es rejoignant le ministère en cours d'année devront adhérer au socle (sauf dispense) et pourront souscrire à une option avec effet immédiat.

Calcul de la cotisation

La cotisation est calculée sur la rémunération brute mensuelle, qui comprend :

le traitement indiciaire brut (TIB) ;

les primes pérennes.

La cotisation au socle est fixée à 1 % de la rémunération brute mensuelle.

Exemples de primes prises en compte :

- prime de rendement ;
- prime de vie chère (majoration outre-mer) ;
- l'indemnité de résidence ;
- allocation complémentaire de fonction (ACF) ;
- indemnité de résidence ;

- indemnité forfaitaire de traitement supplémentaire ;
- nouvelle base indiciaire NBI ;
- garantie individuelle de pouvoir d'achat (GIPA) ;
- prime de rendement.

Primes non prises en compte :

- remboursement domicile-travail ;
- indemnité versée aux maîtres-chiens pour l'entretien de leur animal ;
- heures supplémentaires ;
- indemnité pour activité d'enseignement ;
- indemnité de télétravail ;
- forfait mobilité durable ;
- forfait télétravail ;
- indemnité de congés payés ;
- indemnité de stage ;
- rémunération action de formation/recrutement ;
- prime de restructuration de service (PRS).

Les options

Le socle peut être complété par des options permettant d'améliorer les garanties.

La cotisation des options est également calculée sur la rémunération brute mensuelle :

- Option 1 : 0,38 % de la rémunération brute mensuelle ;
- Option 2 : 1,04 % de la rémunération brute mensuelle.

Au cas présent pour un agent actif qui aurait une rémunération brute mensuelle de 3000€ :

Rémunération brute mensuelle	Cotisation Socle (1%)	Cotisation Option 1 (0,38%)	Cotisation Option 2 (1,04%)
3000€	30€	11,40€	31,20€

L'employeur participe à hauteur de 7 € par mois pour l'adhésion au socle. Cette somme est versée sur la fiche de paie.

En revanche, l'employeur ne participe pas au financement des options, qui restent entièrement à la charge des agent-es.

À savoir : nouvelles dispositions statutaires (accord fonction publique 2023)

Cet accord prévoit :

- la suppression de la mise à la retraite d'office pour invalidité ;
- la mise en place d'un régime d'invalidité financé par l'État, structuré en trois catégories.

L'indemnisation dans ce nouveau régime serait alignée sur celle du secteur privé, avec un calcul basé sur le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) :

40 % du PMSS pour les invalides de catégorie 1 (agent-es en capacité de travailler) ;

70 % du PMSS pour les invalides de catégorie 2 (incapacité de travailler) et de catégorie 3 (incapacité de travailler nécessitant une assistance pour les actes de la vie quotidienne).

Attention : à ce stade, la DGFAP envisage que les agent-es en invalidité de catégories 2 et 3 soient placées en disponibilité pour raison de santé, et non en position d'activité.

Seule la catégorie 1 resterait en position d'activité, les agent-es étant alors, par défaut, à temps partiel (mi-temps, voire davantage).

État des discussions

Les travaux relatifs à la suppression de la retraite pour invalidité et à son remplacement par ce nouveau régime sont toujours en cours au niveau de la fonction publique.

Aucune garantie n'existe quant à une mise en œuvre effective dès janvier 2027.

Impact potentiel sur les cotisations

Par ailleurs, le fait d'avoir permis aux agent-es en CMO, CLM ou CLD, au moment de l'affiliation, de souscrire à l'option 1 pourrait avoir des conséquences sur l'équilibre financier du dispositif. À ce titre, GMF-Vivinter a d'ores et déjà indiqué que cette décision pourrait entraîner une augmentation des cotisations à partir de 2027.

La couverture prévue en cas de maladie entre 2025 et 2026

Situation au 31 décembre 2025	En cours de contrat	Même cause médicale qu'un arrêt antérieur		indemnisation	
En activité	CMO	oui	Dans un délai de moins de 2 mois*	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat	
			Dans un délai de plus de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF si souscription d'une option	
		non		GMF si option souscrite	
	CLM	oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF	
		non		GMF	
	CLD	oui	Dans un délai de moins de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat	
			Dans un délai de plus de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF si souscription d'une option	
		non		GMF si option souscrite	
	En CMO	CMO	oui	Dans un délai de moins de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat
Dans un délai de plus de 2 mois				Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF si souscription d'une option	
non			GMF si option souscrite		
CLM		oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF	
		non		GMF	
CLD		oui	Dans un délai de moins de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat	
			Dans un délai de plus de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF si souscription d'une option	
		non		GMF si option souscrite	
		DPRS	oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF
non			GMF		
Retraite pour Invalidité			oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF
			non		GMF

En CLM	CLM	oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF
		non		GMF
	CLD	oui	Dans un délai de moins de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat
			Dans un délai de plus de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF si souscription d'une option
		non		GMF si option souscrite
	DPRS	oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF
		non		GMF
	Retraite pour Invalidité	oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF
		non		GMF

En CLD	CLD	oui	Dans un délai de moins de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat
			Dans un délai de plus de 2 mois	Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF si souscription d'une option
		non		GMF si option souscrite
	DPRS	oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF
		non		GMF
	Retraite pour Invalidité	oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF
		non		GMF

En DPRS	DPRS	oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF
		non		GMF
	Retraite pour Invalidité	oui		Par l'ancien assureur selon les garanties du contrat ET complément GMF
		non		GMF

* Il est rappelé que le délai de 60 jours entre les deux arrêts s'applique pour considérer le deuxième arrêt comme un nouvel arrêt.

Le contrat socle couvre l'ensemble des sinistres quelle que soit leur date d'effet. Pour les garanties prévues à ce contrat, les options ne couvrent que les sinistres survenus postérieurement à la date d'effet d'adhésion de l'option.

(le temps partiel thérapeutique n'est pas considéré par une reprise d'activité complète.

** Est considéré comme rechute, un nouvel arrêt qui a la même origine pathologique.*

GARANTIES EN PRÉVOYANCE

Le tableau des garanties en prévoyance

		Régime statutaire		Régime statutaire et socle		Régime statutaire + socle + option 1		Régime statutaire + socle + option 2	
		TIB + NBI	Primes	TIB + NBI	Primes	TIB + NBI	Primes	TIB + NBI	Primes
Capital décès		100,00%	100,00%	200,00%	200,00%	200,00%	200,00%	200,00%	200,00%
Rente éducation	0-18 ans	5% PMSS **		5% PMSS		5% PMSS		5% PMSS	
	19-26ans	15% PMSS		15% PMSS		15% PMSS		15% PMSS	
CMO*	Plein traitement	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
	Demi traitement	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	70,00%
CLM* - CGM*	Plein traitement	100,00%	33,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Demi traitement	60,00%	60,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%
CLD*	Plein traitement	100,00%	0,00%	100%	0,00%	100,00%	10,00%	100,00%	70,00%
	Demi traitement	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	100,00%	10,00%	100,00%	70,00%
Retraite pour invalidité		50 à 75%	0,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%
Pension d'invalidité contractuel	Catégorie 1	30,00%	30,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
	Catégorie 1 et 2	50,00%	50,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80%

*CMO : Congés Maladie Ordinaire

CLM : Congés Longue Maladie

CGM : Congés de Grave Maladie (contractuel)

CLD : Congés Longue Durée

* **Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Il s'agit du plafond de référence pour calculer les cotisations sociales. Le plafond actuel est de 4 005 €.

IMPOSITION

Votre cotisation en santé :

La cotisation d'équilibre à la charge de l'agent-e — comprenant la part fixe, la part solidaire, la part dédiée à l'accompagnement social et la part solidaire retraité-es — est prélevée sur la fiche de paie, en plusieurs lignes. La participation de l'employeur sur la cotisation d'équilibre apparaît sur la fiche de paie dans la rubrique « pour information ».

	Impôt sur le Revenu (IR)	CSG-CRDS	Retraite Additionnelle Fonction Publique (RAFP)
Part employeur	Soumis	Soumis	Non soumis
Part agent	Déduction sur la rémunération imposable	Non soumis	Non soumis
Cotisations additionnelles au régime obligatoire	Non déductible de la rémunération imposable	Non soumis	Non soumis
Part employeur option santé (5€)	Soumis à l'IR	Soumis	Soumis

Incidence fiscale et sociale (exemple : 3 000 € bruts mensuels – santé) Impôt sur le revenu (IR)

La participation de l'employeur est soumise à l'impôt sur le revenu. Toutefois, elle est également déductible de la rémunération imposable. Si la participation employeur est équivalente à la part de l'agent-e, l'effet est neutre.

Si elle est inférieure, la différence est réintégrée dans le revenu net imposable.

Dans l'exemple considéré, la différence mensuelle est de 0,86 €, montant ajouté au revenu net imposable.

Prélèvements sociaux

La participation employeur est soumise :

- > à la CSG (9,2 %) ;
- > à la CRDS (0,5 %).

Elle est également soumise à la cotisation salariale RAFP (5 %).

Exemple chiffré

Participation employeur :

- 34,90 € (cotisation d'équilibre)
- 5 € (option)
- Total : 39,90 €
- Montant des prélèvements : 5,87 €
- Dont CSG déductible de l'IR (6,8 %) : 2,71 €

Au final, un-e agent-e percevant 3 000 € bruts mensuels bénéficie d'une participation employeur réelle d'environ 34,03 € par mois, après prise en compte des prélèvements et de la CSG déductible.

Votre cotisation en prévoyance

La cotisation en prévoyance est prélevée directement sur le compte bancaire.

La participation employeur de 7 € est versée sur la fiche de paie.

	Impôt sur le Revenu (IR)	CSG-CRDS	Retraite Additionnelle Fonction Publique (RAFP)
Part agent	Déduction de la rémunération imposable	Non soumis	Non soumis
Part employeur prévoyance (7€)	Déductible de la rémunération imposable	Soumis	Non soumis

Incidence fiscale et sociale (exemple : 3 000 € bruts mensuels – prévoyance)

La participation employeur de 7 € est déductible de la rémunération imposable. En revanche, elle est soumise aux contributions sociales

-> CSG : 9,2 % ;

-> CRDS : 0,5 %.

Une partie de la CSG (6,8 %) est déductible de l'impôt sur le revenu.

Exemple chiffré

Pour une rémunération brute mensuelle de 3 000 € :

Participation employeur : 7 €

Montant des contributions sociales : 0,68 €

Dont CSG déductible de l'IR (6,8 %) : 0,48 €

Au final, un-e agent-e percevant 3 000 € bruts mensuels bénéficie d'une

participation employeur réelle d'environ 6,32 € par mois, après prise en compte des prélèvements.

Pour la CGT, ce niveau de participation reste insuffisant. Au-delà de son montant, le fait qu'elle soit soumise aux prélèvements sociaux en réduit encore l'impact réel pour les agent-es.

Situation des agent-es en disponibilité pour raison de santé (DPRS)

La disponibilité pour raison de santé (DPRS) est un dispositif transitoire applicable lorsqu'un-e agent-e, arrivé-e en fin de droits de congé de maladie ordinaire (CMO, 12 mois maximum), de congé de longue maladie (CLM, 3 ans) ou de congé de longue durée (CLD, 5 ans), ne peut pas reprendre son poste pour raisons de santé.

Dans l'attente de l'avis du conseil médical, l'agent-e perçoit une indemnité équivalente à son traitement indiciaire, ainsi que, le cas échéant, les primes et indemnités perçues à la fin de son dernier congé de maladie.

La DPRS est accordée ou renouvelée par périodes de six à douze mois, dans la limite de six années consécutives.

Modalités d'attribution :



Si l'état de santé ne permet pas une reprise d'activité à l'issue des droits à congé, l'agent-e doit adresser une demande écrite à l'administration, accompagnée des documents médicaux requis (destinés à l'administration et au conseil médical).

L'agent-e est ensuite convoqué-e par un-e médecin expert-e mandaté-e par le conseil médical.

L'administration attend la réception de l'avis du conseil médical (procès-verbal), puis saisit la CPAM pour avis.

Selon la situation, l'agent-e peut percevoir :

- des indemnités journalières ;
- ou une allocation d'invalidité temporaire (AIT), en fonction du taux d'invalidité.

L'agent-e peut également être convoqué-e par le-la médecin-conseil de la CPAM, dont l'avis est transmis à l'administration. Celle-ci formalise ensuite la décision (prolongation de la DPRS et, le cas échéant, attribution de l'AIT).

Éléments historiques

La création de la Sécurité sociale

La création de la Sécurité sociale a lieu le 15 mars 1944 (ordonnances des 4 et 19 octobre 1945) par le Conseil national de la Résistance. Ce système global de protection sociale, bâti par le ministre du Travail Ambroise Croizat, englobe la santé, la retraite, la famille, le handicap et la santé au travail.

Les valeurs de la Sécurité sociale sont :

- l'unicité ;
- l'universalité ;
- la solidarité ;
- la démocratie.

Le projet global de la Sécurité sociale vise à assurer à l'ensemble des citoyen·nes des moyens d'existence dans tous les cas où ils et elles sont dans l'incapacité de se les procurer par le travail, avec une gestion confiée aux représentant·es des assuré·es et de l'État.

Dès sa création, la Sécurité sociale a vocation à assurer un ensemble de prestations :

- les assurances sociales ;
- l'allocation aux vieux travailleurs et travailleuses salarié·es ;
- les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- les allocations familiales.

Le CNR fait le choix d'investir dans l'humain, estimant que le développement et la prévention sont générateur de progrès sociale et économique.

La sécurité sociale est financée par des cotisations sociales, chacun cotisant à hauteur de ses moyens et recevant à hauteur de ses besoins, c'est sur un principe fort de solidarité qu'est créée la sécurité sociale.

Dès sa mise en place, la sécurité sociale fait l'objet d'attaques incessantes de la part de la droite et du patronat. Les politiques libérales vont progressivement attaquer le système social avec la remise en question de la démocratie (arrêt des élections au sein même de son organe dirigeant) et en pesant sur son poids économique (en asséchant son financement par le biais d'exonérations de cotisations sociales des employeurs) générant un « trou » dans le budget de cette dernière par manque de recettes.

Des attaques progressives :

Si le régime mutualiste existait bien avant 1945, il ne concernait que le domaine de la prévoyance et de retraites complémentaires, les « assurances » santé sont inexistantes, seules des caisses de secours mutuels en lien avec les confréries ou corporations versent des prestations en cas de maladie à leurs adhérents contre cotisations.

Depuis leur création, ces caisses de secours mutuels apparaissent comme des structures idéales pour la prise en charge des risques maladie. Organisées, les mutuelles de secours se réunissent en congrès et rappellent leur attachement à l'éthique solidaire et à l'égalité de tous les adhérents devant les cotisations et les prestations.

Au vu de leur nombre grandissant, la Fédération Nationale de la Mutualité

Française est créée le 28 septembre 1902, date de son acte constituant. Ainsi la Mutualité accomplit une œuvre véritablement nationale en particulier en luttant contre la maladie. Elle devient la cheville ouvrière du système, mais elle est instrumentalisée par l'administration pour le versement des remboursements de soins.

Ainsi suite à la création de la Sécurité Sociale en 1945, la Mutualité ne joue plus, auprès de la Sécurité Sociale, le rôle d'organisme gestionnaire qui avait été le sien auprès des Assurances Sociales. Pour preuve, lors des élections à la Sécurité Sociale de 1947, la Mutualité ne recueille que 10 % des suffrages, loin derrière la CGT et la CFTC. Les syndicats ouvriers sont donc les partenaires essentiels de la gestion de la sécurité sociale. Néanmoins la mutualité réussit à s'intégrer progressivement dans ce nouveau paysage.

La loi Morice de 1947 accorde aux sociétés mutualistes la possibilité de se transformer en sections locales de Sécurité Sociale. La loi Morice met fin à l'ambition de créer un régime unique de Sécurité Sociale, en permettant aux professions déjà organisées de conserver leurs propres caisses de manière définitive. Cette loi a été écrite sous la pression américaine et à cause de la division syndicale. En découle une bataille de conviction entre les organismes de sécurité sociale et la Mutualité. Donnant lieu à un compromis bénéficiant tant à la sécurité sociale, notre bien commun, qu'à la mutualité avec des complémentaires en santé et

en prévoyance (garanties décès, incapacité, invalidité et perte de salaire).

C'est à cette période que la mutualité se détourne de la prévoyance en laissant le champ libre aux instituts de prévoyance. C'est l'arrivée des systèmes assurantiels, ainsi vont se développer des dispositifs de protection complémentaire des salariés.

Les crises économiques successives (choc pétrolier...) entraînent pour la Sécurité Sociale et plus particulièrement le régime de base d'assurance maladie, des crises financières à répétition d'où la succession de plans de financement, chacun contenant ses mesures d'économie, cela se traduit par de moindres remboursements du régime de base, donc, par un champ supplémentaire ouvert à la complémentaire santé.

Les ordonnances de 1967 prévoient le Ticket Modérateur d'Ordre Public (TMOP), c'est-à-dire l'interdiction par un assureur complémentaire de prendre en charge une partie du ticket modérateur de la Sécurité Sociale. Une première tentative de mise en application échoue en 1979.

Mais on notera que, vingt ans plus tard, la loi du 13 août 2004 introduisit une franchise de 1 € non remboursable par quiconque, sans que cela ne suscite une opposition, autre que celle d'une charge supplémentaire laissée aux assurés. En 1982, c'est la création du forfait hospitalier et le déremboursement de plusieurs spécialités pharmaceutiques passant à 70% vers 35%. Toutes ces mesures font la part belle aux complémentaires qui prennent en charge ces dépenses

supplémentaires, accroissant ainsi leur chiffre d'affaires et bien évidemment leurs cotisations.

Dès les années 80, la Mutualité recule face aux assureurs, qui, eux, tarifient en fonction de l'âge, pouvant ainsi attirer une clientèle plus rentable comme les jeunes.

L'arrivée de la loi Evin en 1989 a vocation à protéger les consommateurs contre la sélection des risques et, d'autre part, d'établir une concurrence loyale sur le marché de la complémentaire maladie. Cette loi donne obligation aux organismes gestionnaires de contrats collectifs de conserver les retraités, chômeurs, invalides qui sortent de l'entreprise mais en contrepartie elle permet aux assureurs santé la possibilité de majorer le tarif du contrat identique à celui des actifs de 50 %.

Dans un second temps, la loi Evin banalise la mutualité en permettant aux compagnies d'assurance, mutuelles et instituts de prévoyance d'intervenir sur le marché de la complémentaire maladie individuellement..

En 1992, le traité de **Maastricht** est ratifié par les pays membres de l'Union européenne. Si ce traité permet l'extension des prérogatives de la Communauté européenne au domaine de la santé publique en matière préventive. Il permet également de développer, une véritable stratégie en matière de santé publique et de d'intégrer des exigences de santé dans l'ensemble des politiques communautaires, en 2005,

Mais derrière ce traité se cache

une autre réalité puisque ce dernier renforce les bases juridiques de la politique de concurrence européenne, L'un des objectifs principaux étant de garantir une concurrence libre, loyale et non faussée. Cela vise à atteindre une situation de concurrence pure et parfaite, où l'efficacité économique est maximisée et l'innovation encouragée. En se dotant de règles strictes l'union européenne protège la libre concurrence.

Le « NON » au référendum sur le traité établissant une constitution pour l'Europe en 2005 n'y changera rien.

Et au ministère, une mutuelle référencée ?

En 1962, L'arrêté Chazelle autorise l'État à accorder des subventions et à participer à la couverture des risques sociaux des mutuelles de fonctionnaires. Cet arrêté sera abrogé en 2006 suite à l'action juridique devant la cour de justice de l'UE par le syndicat CFE-CGC

S'ensuit le premier référencement à Bercy en 2007 suite à la parution d'un décret.

Le référencement est un dispositif à adhésion facultative des agents. Les agents sont donc libres du choix de leur protection sociale complémentaire. L'adhésion est ouverte à l'ensemble des fonctionnaires et agents contractuels de l'État et de ses établissements publics qu'ils soient actifs ou retraités. Peuvent également s'ajouter leurs ayant-droits.

Le référencement est fondé sur le principe du couplage des garanties « santé » et « prévoyance ». L'employeur public participe aux

garanties incluant la couverture des risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, la couverture des risques liés à la maternité, la couverture des risques d'incapacité de travail, les risques d'invalidité et celles liés au décès. Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents actifs pour l'atteinte à l'intégrité physique de la personne et des risques liés à la maternité.

Cette disposition constitue le couplage des risques qui est un élément essentiel du référencement.

Le référencement permet également à l'opérateur, par le biais d'une convention signée avec le secrétariat général du ministère, de bénéficier de locaux pour effectuer des permanences. Des collègues peuvent être également mis à disposition de l'organisme complémentaire et enfin des autorisations d'absences sont octroyées aux agents pour assister aux actions de prévention.

Pour bénéficier de la participation employeur les organismes candidats au référencement de 2007 doivent **proposer des offres couvrant les garanties « santé » et les garanties «prévoyance»** dans les conditions définies par l'employeur public lors de l'appel public à la concurrence. En parallèle la mise en concurrence oblige les organismes candidats à proposer des offres portant sur la totalité des deux «familles» de garanties «santé» et «prévoyance»,

A contrario, l'employeur ne peut sélectionner deux organismes chargés l'un de la couverture des risques «santé» et l'autre des risques «prévoyance».

Un appel public à la concurrence est lancé, qui donnera lieu à la conclusion d'une convention de référencement sur la base de critères objectifs et transparents

Dans le cadre de ce référencement une aide annuelle est versée directement à l'organisme de référence par l'employeur public après discussions avec les organisations syndicales sur le cahier des charges. Lors du premier référencement le montant plafond était de 19M€ pris sur le budget global de l'action sociale ministérielle. Pour le deuxième référencement, la participation employeur est passée à 4M€. Au final ces montants n'ont jamais été versés en totalité (pour exemple en 2025 la Mgéfi n'a bénéficié que de 1,5M€). Le référencement met en place des mécanismes de solidarité entre les bénéficiaires, actifs comme retraités applicables soit aux garanties «santé» soit aux garanties «prévoyance».

En contre-partie l'employeur par le biais du référencement impose à l'organisme de référence la maîtrise des tarifications entre les souscripteurs et adhérents dans la même situation. La tarification en fonction du traitement ou de la rémunération, la maîtrise des tarifications pour les familles, L'absence de prise en compte de l'état de santé, Un égal accès aux garanties « santé » entre les bénéficiaires, actifs et retraités. Ainsi en 2007, en perspective du référencement, les mutuelles des finances se rapprochent (MAI, Mutuelle du Trésor, des Douanes, CCRF, INSEE) et fondent la Mgéfi qui remporte le marché et devient la mutuelle référencée au Ministère.

En 2016 lors du second référencement, la Mgéfi remporte à nouveau le marché. **A chaque référencement, la CGT a défendu les valeurs mutualistes pour que soient améliorées les offres et les prestations et que les cotisations baissent.**

