

La PSC ? Késako ?

A compter du 1er janvier 2026 au ministère des finances, la Protection Sociale Complémentaire (PSC), va connaître une profonde refonte du fait de la loi de transformation de la fonction publique votée en 2019.

La PSC concerne toutes les prestations versées par une mutuelle en complément de celles de la Sécurité Sociale. On distingue deux branches : la santé et la prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès...).

Actuellement la MGEFI (Mutualité française) couvre de manière liée (couplée) santé et prévoyance (dont notamment les indemnités pour perte de traitement et salaire -IPTS- en cas de maladie).

Qu'en pense la CGT Finances Publiques ?

Extrait du document de son V^{ème} congrès (juin 2023) :

« La refonte de la protection sociale complémentaire (santé et prévoyance) dans la fonction publique est le produit de la loi de transformation de la fonction publique dont la CGT exige toujours l'abrogation. Cette refonte vise à créer un système universel obligatoire parallèle à la sécurité sociale pour transférer progressivement la gestion du maximum de risques et donc de prestations de la sécurité sociale vers les complémentaires.

L'objectif est clair : il s'agit d'aller progressivement vers le démantèlement de la sécurité sociale afin de dégager le patronat du financement de la protection sociale et d'ouvrir le « marché » de la protection sociale aux assurances à but lucratif.

Cette refonte instaure une nouvelle fracture entre actifs et retraités. On retrouve ici le choix qui a présidé à la déconnexion des pensions et retraites avec le salaire moyen des actifs et la fin de la péréquation. C'est le statut général des fonctionnaires qui est détruit au fur et à mesure des « réformes » initiées par la loi de transformation de la fonction publique. »



Dans ce cadre, deux accords interministériels dans la fonction publique d'état ont été signés le 26/01/2022 pour la santé et le 20/10/2023 pour la prévoyance.

Dans chaque ministère, il y a des négociations séparées sur la branche santé et sur la branche prévoyance. Celle au ministère des finances vient de se conclure et un accord est soumis à la signature des fédérations des finances d'ici la fin du mois de juin.

Qu'est-ce qui change ?

Un opérateur sera sélectionné dans notre ministère. Il n'est pas sur du tout que cela soit l'opérateur historique qu'est la MGEFI. Le ministère de l'écologie a choisi la société anonyme ALAN qui se définit comme une « startup » de l'assurance de personnes. Elle a mis au point un outil pour une gestion « tout numérique », sans aucune interaction ni aucun point de contact physique avec ses adhérents !

Mais attention, il pourrait y avoir deux opérateurs différents selon la santé ou la prévoyance.

Santé : l'adhésion au contrat collectif est obligatoire pour les agents en activité, sauf dérogations (si vous êtes éligible à la complémentaire santé solidaire et que vos revenus sont trop bas ; si vous êtes en CDD et que vous avez déjà une mutuelle ; si vous êtes ayant droit d'une personne bénéficiant déjà d'une complémentaire santé obligatoire, soit dans le privé, soit dans la fonction publique) ; pas de questionnaire médical préalable.

Elle est **facultative pour les retraités** avec un délai d'option pour le contrat de groupe (collectif) dans un délai d'un an. Les retraités pourront aussi poursuivre leur contrat MGEFI...ou aller voir ailleurs...mais à quel prix ?

Prévoyance : l'adhésion au contrat collectif sera également obligatoire pour les agents en activité. Il n'y a qu'au ministère des finances que le couplage santé/prévoyance a été obtenu.

Les retraités des finances sont écartés de ce dispositif ! Il n'y a notamment rien sur la dépendance.

Et concrètement les prestations santé ?

Au niveau interministériel, le panier de soins correspond globalement à un mixte entre celui de Vita santé et de Multi santé de la MGEFI. Quelques exemples non exhaustifs :

- pharmacie non remboursable comme l'homéopathie (70€ par an) ;
- séances médecines douces (40€ et deux par an) ;
- actes d'imagerie et médecins spécialistes : dépassement d'honoraires pris en charge en partie ;
- acte de kiné : pris en charge en partie ;
- pas de différence entre les prestations « réseau » ou « hors réseau » ;
- prise en charge chambre particulière pour 50€ par jour et 40€ en moyen et long séjour ;
- optique tarif libre (100 % santé) y compris hors réseau : ex lunettes avec verres focaux 170€/220€ contre 120€/220€ hors réseau actuellement, verres multi-focaux 50€/450€ contre 220€ hors réseau actuellement ;
- implants dentaires 500€ limité à deux par an ;
- couronnes (2° prémolaire et molaire) 450€ contre 279,15 dans Vita santé.

Au niveau des Finances, deux options assurant des prestations supplémentaires seront proposées. Quelques exemples non exhaustifs et très incomplets : NB : le % correspond à la base du remboursement sécu.

	Part sécu	Panier de soin	Option 1	Option 2
Hospitalisation Honoraires praticien secteur 2	80 ou 100 %	150 %	180 %	200 %
Hospitalisation frais de séjour	80 ou 100 %	100 %	125 %	150 %
Honoraires spécialistes secteur 2	70 %	100 %	150 %	180 %
Imagerie médicale	70 %	130 %	150 %	150 %
Médicaments	65 % 30 % ou 15 %	100 %	100 %	100 %
Dentaire prothèse fixe hors 100 % santé – panier maîtrisé	60 %	375 %	400 %	430 %
Optique à tarif libre monture	60 %	50€	100€	100€
Verre unifocal sphérique simple	60 %	60€	100€	150€

Et concrètement ? Ça va coûter combien pour la santé ?

La sécurité sociale a été fondée sur le principe de solidarité intergénérationnelle avec pour principe : « *on cotise selon ses moyens, on perçoit [les prestations] selon ses besoins* ». La MGEFI est calée sur cette logique.

Avec la PSC, c'est la logique assurantielle qui se met en place avec la cotisation établie selon le risque tout comme votre assurance habitation ou auto. La cotisation ne sera donc plus proportionnelle à la rémunération. Elle sera fixée selon une cotisation dite d'équilibre (couvrant les prestations servies). Celle-ci a été retenue en 2022 pour un montant de 60€, mais elle sera demain fixée à 70, 80 voire 100€.

Cette logique assurantielle du risque se substitue à la logique de la solidarité intergénérationnelle (entre les générations, entre les actifs et les retraités et avec les ayants-droits).

Des mécanismes dits de « solidarité » sont mis en place avec des dispositions pour alléger les cotisations de certain.es retraité.es et ayants droits :

- la cotisation des enfants de moins de 21 ans est gratuite à partir du troisième enfant couvert.
- un barème est déterminé pour la prise en charge d'une partie de la cotisation de certain.es retraité.es. Elle puise dans un fonds alimenté par une cotisation d'au moins 2 % de la cotisation hors taxe payée par les agent.es en activité et à la retraite.

Pour les actifs :

1. la cotisation est proportionnelle pour seulement 30 % de leur rémunération sur la base d'un coefficient appliqué à sa rémunération brute dans la limite du plafond de la sécurité sociale (3 864 € en 2024),
2. 20 % seront forfaitaires,
3. et 50 % seront pris en charge par l'État employeur.

NB : jusqu'au 01/01/2026, la participation de l'État employeur reste fixée à 15 €

Pour les retraités, la cotisation est totalement forfaitaire. L'agent administratif payera comme le directeur ! Elle évolue en fonction de l'âge jusqu'à 75 ans (aujourd'hui c'est 70 ans) :

1. la 1^{ère} année de retraite elle est égale à 100 % de la cotisation d'équilibre ;
2. la 2^{ème} année elle est plafonnée à 125 % de la cotisation d'équilibre ;
3. les 3^{ème} et 4^{ème} années elle est plafonnée à 150 % de la cotisation d'équilibre ;
4. au de-là elle est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre ;
5. Un retraité à la retraite depuis 5 ans au 01/01/2026 paiera plein pot à +175 %.

NB : Lorsque le coût de cet étalement de l'augmentation des cotisations dépasse 10 % de la cotisation de référence les plafonnements sont adaptés ; en clair les cotisations des retraité.es augmentent !

Pour les ayants-droits :

Les enfants, cela risque d'être plus cher avec une augmentation du simple au triple (ex de 15 € à 45 € par enfant à charge). Ce sont les familles mono parentales qui vont le plus souffrir.

Le montant de la cotisation est fixée à :

- 100 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants entre 21 et 25 ans (étudiants) ; sans limite d'âge pour les enfants souffrant d'un handicap ;
- 50 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de moins de 21 ans et dans la limite de 2 enfants (gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans).

Les conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) :

- le montant des cotisations des conjoints des actifs sera fixé dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre ;
- le montant des cotisations des conjoints des retraités sera fixé pour financer le recours aux garanties.

Et concrètement les prestations prévoyance ?

L'accord interministériel dans la Fonction Publique d'État porte à la fois sur les garanties incluses dans le statut de la Fonction Publique, et sur les garanties complémentaires.

Les garanties statutaires.

Les garanties statutaires, donc prises en charge financièrement par l'État, et qui concernent uniquement les agent.es en activité, ont progressé :

- **capital décès** : 100 % TIB et NBI, 100 % des primes ;
- **rente éducation** : de 0 à 18 ans = 5 % du plafond mensuel Sécurité Sociale (PMSS) ; de 19 à 26 ans 15 % PMSS ;
- **congé maladie ordinaire (CMO)** : les 3 premiers mois, maintien à 100 % du traitement indiciaire brut (TIB), de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) et des primes ; au-delà de 3 mois, 50 % du TIB, de la NBI et des primes ;
- **congé longue maladie/congé grave maladie (CLM/CGM)** : la première année 100 % TIB et NBI, 33 % des primes ; les 2 années suivantes 60 % TIB, NBI et primes ;
- **congé longue durée (CLD)** : 3 ans à 100 % TIB et NBI, 0% primes ; 2 ans suivants 50 % TIB et NBI, 0% primes ;
- **retraite pour invalidité** : 50 à 75 % TIB et NBI, 0% primes ;
- **pension d'invalidité titulaires** : catégorie 1 = 40 % TIB et NBI, 40 % des primes ; catégorie 2 et 3 = 70 % TIB et NBI, 70 % des primes .

Les garanties complémentaires : (garanties interministérielles)

- **capital décès** : 100 % TIB et NBI, 100 % des primes ;
- **congé longue maladie/congé grave maladie (CLM/CGM)** : la première année 100 % TIB et NBI, + 66 % des primes ; les 2 années suivantes +20 % TIB, NBI et +20 % primes ;
- **retraite pour invalidité** : +5 à 30 % TIB et NBI, +80% primes ;
- **pension d'invalidité titulaires** : catégorie 1 = +10 % TIB et NBI, 10 % des primes ; catégorie 2 et 3 = +10 % TIB et NBI, +10 % des primes .

Les garanties additionnelles : (garanties ministère des finances)

Les agent.es pourront adhérer selon les modalités définies par l'État employeur, à des garanties additionnelles proposées par l'organisme complémentaire pour assurer les garanties interministérielles ci-dessus :

- **congé maladie ordinaire (CMO)** : au-delà de 3 mois,
 - **option 1** : +50 % du TIB, de la NBI et 0 % des primes ;
 - **option 2** : +50 % du TIB, de la NBI et +20 % des primes ;
- **congé longue durée (CLD)** :
 - **option 1** : +10% primes ; 2 ans suivants : +50 % du TIB, de la NBI et +10% primes ;
 - **option 2** : +70 % des primes ; 2 ans suivants : +50 % du TIB, de la NBI et +70% primes ;

Et concrètement ? Ça va coûter combien pour la prévoyance ?

La participation de l'État employeur est de 7€ par mois pour les seuls actifs.

Les retraité.es des finances sont écarté.es de ce dispositif !

Les garanties additionnelles seront à la charge exclusive de l'agent.e.

Les montants de cotisations définis dans les contrats pourront faire l'objet d'une révision chaque année, en fonction des résultats dudit contrat.

NB : Les coûts réels ne seront pas connus avant la publication des réponses des opérateurs candidatant pour la santé et/ou la prévoyance en réponse à l'appel d'offre que lancera le ministère des finances auprès des organismes complémentaires, mutualistes et à brut lucratif.



Et les mécanismes dits de « solidarité » ?

En lieu et place de la solidarité intergénérationnelle regroupant les actifs, les retraités, les enfants, les conjoints et autres ayants-droits, il est question désormais d'« *accompagnement social* ». Le principe de cette refonte de la protection sociale complémentaire est de rompre avec les principes fondateurs de la Sécurité Sociale à savoir l'accès aux soins pour toutes et tous en fonction de ses besoins dans un cadre de solidarité et de partage. Des mécanismes dits de « solidarité » ou « *d'accompagnement social* » sont mis en œuvre pour atténuer les conséquences d'une assurance (maladie ou prévoyance) selon le risque.

Une cotisation additionnelle de 2 % dite de « solidarité » avec les retraité.es vient majorer le montant total de la cotisation. Cette cotisation additionnelle est payée par toutes et tous : les actifs et les retraité.es. Ainsi, le dispositif mis en place aboutit à faire payer, au moins pour partie la « solidarité », à l'égard des retraité.es par les retraité.es eux-mêmes ; ce qui constitue une forme de solidarité particulièrement originale ! On nous dit que l'objectif est de réduire les cotisations de 30 % des retraité.es ayant les pensions les plus faibles. Tant mieux pour les bénéficiaires de cette mesure mais cela relève plus de la « charité » que de la « solidarité ».

Les retraité.es pourront se raccorder au contrat collectif de santé à leur frais et il ne leur sera pas possible de se joindre au contrat de prévoyance. Ils auront aussi la possibilité de conserver leur ancien contrat à la MGEFI. Mais cela ne pourrait entraîner qu'une augmentation des cotisations car les retraité.es faisant ce choix ne bénéficieraient plus du tout de la solidarité des actifs (actifs qui seront obligatoirement adhérents du contrat collectif).

De même pour les enfants, il est prévu un « accompagnement social » avec une cotisation supplémentaire de 3 % payée par toutes et tous et qui servira à minorer les cotisations des enfants sous condition de ressources de parents. L'objectif étant de couvrir 30 % des actifs concernés.

Quels sont les enjeux de cette refonte de la PSC ?

Ce dispositif de la PSC, étendu du privé au public par le gouvernement, vise, par la concurrence, à offrir aux assurances un énorme marché captif : 5,2 millions de fonctionnaires en activité (20 % de l'emploi total), plus une part de 1,6 millions de retraité.es, plus une partie des ayants droits (non chiffré). C'est d'ores et déjà le cas au ministère de l'écologie avec ALAN. AXA, ALLIANZ sont d'ores et déjà partenaires à l'Éducation Nationale ou aux Armées.

De plus, on peut noter que la prévoyance, qui dégage assez peu de profits, en tout cas nettement moins que la santé, est davantage financée directement par l'État (partie statutaire), de façon à réduire les risques pour les organismes à but lucratifs et les inciter à candidater aussi sur le volet prévoyance.

Pour les banques-assurances ces marchés, notamment celui de la santé, constitue un débouché alléchant, avec recettes garanties et payées rubis sur l'ongle par l'État.

Nul doute qu'assez rapidement ces organismes sauront présenter des offres très compétitives pour les marchés des contrats collectifs santé, offres établies de manière régulière ou même irrégulière grâce à leurs liens avec les hauts cadres administratifs qui pratiquent allègrement le va-et-vient entre public et privé.



Par contre, s'agissant des mutuelles, dont la MGEFI la mutuelle historique, il y a tout lieu de craindre que si elles perdent le « marché » de la santé et/ou de la prévoyance et donc les rentrées financières des agent.es en activité et des retraité.es, elles soient menacées d'existence.

L'action de transfert des remboursements de la sécurité sociale vers les complémentaires d'une part conduit à des augmentations des charges des complémentaires, donc des cotisations de leurs membres, et d'autre part réduit le poids de la solidarité entre bien-portant.es et malade, entre générations en imposant la couverture sociale selon les moyens de chacun.e. Ex : la diminution de la prise en charge des soins dentaires à compter du 1^{er} octobre 2023 correspond à un transfert de 500 millions €, soit en volume de 30 % à 40 % des prestations...

Au final, la PSC qui se met en place est une machine pour faciliter le dynamitage de la sécurité sociale et porter un coup très rude, voire fatal, au principe « *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* » et à la solidarité nationale et intergénérationnelle. Ce pour quoi le patronat agit depuis fort longtemps.

Dès lors, à la CGT Finances Publiques, nous ne pensons pas que l'accord proposé à la signature des fédérations syndicales du ministère des finances aille dans le « bon sens » !

« Jamais nous ne tolérerons que soit renié un seul des avantages de la sécurité sociale. Nous défendrons à en mourir et avec la dernière énergie, cette loi humaine et de progrès... »

Dernier discours du Ministre Ambroise Croizat (fondateur de la sécurité sociale) à la tribune de l'Assemblée nationale, en octobre 1950.