

La protection complémentaire des risques de santé : maladie, maternité et accident

L'obligation faite à l'employeur de participer au remboursement d'une **couverture collective à adhésion obligatoire** en matière de remboursements complémentaires de **frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident** date de 2013 dans le privé. L'État employeur s'y astreint à raison d'une participation forfaitaire de 15 euros par mois depuis janvier 2022.

Mais au 1er mai 2026, un nouveau régime sera instauré en matière de risques de santé, qui s'alignera sur le droit privé et dont l'État prendra à sa charge 50% de la cotisation. **S'y ajoutera une protection complémentaire facultative**, option dont l'État prendra à sa charge 5 euros par mois au maximum.

En matière de risques **de prévoyance**, une nouvelle proposition de couverture collective à adhésion facultative sera faite également au 1^{er} mai 2026. Celle-ci fera l'objet d'une autre fiche mémento (à paraître dans notre prochain numéro).

Cette fiche développe donc uniquement la protection complémentaire des risques dits de santé : c'est-à-dire d'une part les garanties offertes par l'adhésion obligatoire, et d'autre part les garanties facultatives proposées par le groupement MGEN / CNP assurances qui a remporté ce marché public.

Textes réglementaires :

- Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire (PSC) dans la Fonction publique (calendrier de la réforme de la PSC).
- Accord interministériel du 26 janvier 2022 (version consolidée le 7 mars 2022) relatif à la PSC en matière de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.
- **Décret n° 2022-633 du 22 avril 2022** (bénéficiaires, cotisations, dispositif de solidarité).
- **Accord du 8 avril 2024 modifié le 22 août 2024 relatif à la PSC dans les ministères de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur** (détail des garanties obligatoires et facultatives en matière de PSC maladie, maternité et accident).
- Code de la sécurité sociale : Articles L 911-7 ; L 160-1 à L 160-18.
- Code général de la Fonction publique : articles L 827-1 à L 827-3 (maladie, maternité, accident non imputable au service), L 822-1 à L 822-5 (congé de maladie) ; articles L 822-18 à L 822-25 (accidents de service et maladie professionnelle).

Les bénéficiaires

• Les bénéficiaires actifs obligés d'adhérer

1. Fonctionnaires, agents contractuels de droit public, agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif, maîtres contractuels et délégués de l'enseignement privé sous contrat
2. Agents en congé parental, en disponibilité ou en congé sans rémunération pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales, en congé de proche aidant, de présence parentale de solidarité familiale, en congé de formation professionnelle, bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité

• Les agents dispensés d'adhésion

1. Ceux déjà bénéficiaires de la protection complémentaire de sécurité sociale prévue à l'article L 861-3 du Code de sécurité sociale et aussi longtemps que cette couverture se prolonge ;
2. Ceux couverts par un contrat individuel de couverture des frais maladie, maternité et accident au 1er mai 2026 ou à la date de leur prise de fonctions si celle-ci est postérieure (dispense possible dans la limite de 12 mois) ;
3. Ceux ayant conclu un CDD s'ils sont couverts de même ;
4. Être couvert pour la maladie, la maternité ou l'accident même en qualité d'ayant-droit par un autre contrat de couverture collective à adhésion obligatoire ou par un contrat de couverture individuelle au titre de l'article L 911-7 -1 du Code de la sécurité sociale ;

Note : ces agents dispensés d'adhérer peuvent à tout moment renoncer à leur dispense et demander à adhérer au contrat sans majoration de cotisation.

• Les bénéficiaires retraités

- Peuvent adhérer ceux qui ont la qualité de bénéficiaires actifs à la date de cessation d'activité et deviennent pensionnés du régime des pensions civiles et militaires de retraite ou du régime de l'IRCANTEC. La demande d'adhésion se formule dans l'année qui suit la cessation d'activité.
- À titre transitoire sont aussi bénéficiaires retraités ceux qui ont déjà cessé définitivement toute activité et ont liquidé une pension de retraite mentionnée au paragraphe précédent. Ils auront jusqu'au 30 avril 2027 pour adhérer à ce contrat dans les conditions d'un « bénéficiaire retraité ».

• Les bénéficiaires ayants droit

1. Conjoints non séparés de corps, partenaires pacsés, concubins d'un bénéficiaire actif ou retraité ; (adhésion à tout moment).
2. Enfant ou petit-enfant ou enfant confié par décision de justice d'un bénéficiaire actif ou retraité ou de son conjoint, concubin, pacsé qui est (adhésion à tout moment) :
 1. Âgé de moins de 21 ans ;
 2. Âgé de moins de 25 ans s'il est en étude, en contrat d'apprentissage ou demandeur d'emploi ;
 3. Reconnu handicapé ;
 4. Conjoint survivant ou enfant orphelin d'un bénéficiaire actif ou retraité décédé. La demande se fait dans un délai d'un an après le décès.

Les cotisations

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX du nouveau régime collectif obligatoire en santé :

- Participation de l'État pour moitié à la cotisation d'équilibre de PSC de santé.
- Mécanismes de solidarité (intergénérationnelle, selon les revenus et la situation familiale ou de chômage).
- Des garanties identiques pour les différentes catégories de bénéficiaires quels que soient leur âge, leur état de santé ou la date à laquelle ils adhèrent au contrat.

LA COTISATION D'ÉQUILIBRE : qu'est-ce que c'est ?

- D'une part, le coût total mensuel du financement des garanties non optionnelles pour l'ensemble des bénéficiaires actifs ou cotisation de RÉFÉRENCE.
- D'autre part, le coût mensuel des dispositifs de solidarité.

LA COTISATION DE L'ÉTAT : qu'est-ce que c'est ?

- 50 % de la cotisation d'équilibre répartie entre les bénéficiaires actifs.



LA COTISATION DU BÉNÉFICIAIRE ACTIF : qu'est-ce que c'est ?

- La part de l'État (50 % de la cotisation d'équilibre individuelle).
- La part individuelle forfaitaire s'élevant à 20 % de la cotisation d'équilibre.
- La part individuelle solidaire représentant pour les bénéficiaires actifs en moyenne 30 % de la cotisation d'équilibre. La part solidaire individuelle est calculée en appliquant un coefficient défini chaque année par l'employeur après avis de la CPPS et exprimé en pourcentage de la rémunération mensuelle brute du bénéficiaire actif, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale. Le coefficient est identique et appliqué aux cotisations de l'ensemble des bénéficiaires actifs.
- La cotisation des bénéficiaires actifs de la catégorie 2 (en congé parental, en disponibilité pour raison de santé, etc..) est de 50 % de la cotisation d'équilibre.

LA COTISATION DE L'AYANT DROIT CONJOINT, PARTENAIRE DE PACS OU CONCUBIN : qu'est-ce que c'est ?

- 110 % de la cotisation d'équilibre.
- Leurs cotisations d'adhésion aux options sont égales à la cotisation d'adhésion aux options des bénéficiaires actifs.

LA COTISATION DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS À CHARGE DES BÉNÉFICIAIRES : qu'est-ce que c'est ?

- 50 % de la cotisation d'équilibre.
- Leurs cotisations d'adhésion aux options sont égales à la moitié de la cotisation totale d'adhésion aux options des bénéficiaires actifs pour le premier enfant, au quart pour le deuxième enfant et gratuites à partir du troisième enfant.

LA COTISATION DES AUTRES ENFANTS AYANTS DROIT : qu'est-ce que c'est ?

- 100 % du montant de la cotisation d'équilibre.
- Leurs cotisations d'adhésion aux options sont égales à la cotisation totale d'adhésion aux options des bénéficiaires actifs.

LA COTISATION DES BÉNÉFICIAIRES RETRAITÉS : qu'est-ce que c'est ?

- Le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités évolue en fonction de l'âge.
- Elle est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif. Au-delà de l'âge de 75 ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus en fonction de l'âge.
- À compter de la date de leur cessation d'activité, les bénéficiaires actifs qui demandent le maintien de leur adhésion ont la qualité de bénéficiaires retraités. Ils deviennent alors redevables d'une cotisation dont le montant est égal à 100 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif.
- L'augmentation du montant de la cotisation des bénéficiaires retraités intervient ensuite de manière progressive :
 - Le montant de la cotisation versée au titre de la première année est égal à la cotisation d'équilibre.
 - Le montant de la cotisation versée au titre de la deuxième année est plafonné à 125 % de la cotisation d'équilibre.
 - Les montants des cotisations versées au titre des troisième, quatrième et cinquième années sont plafonnés à 150 % de la cotisation d'équilibre.

Les garanties minimales obligatoires :

Voir annexe 2 située en fin de page de l'accord du 8 avril 2024 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000049486828/2025-10-20>

Pour comprendre : la colonne socle est le contrat d'adhésion obligatoire des actifs.

- BR = base de remboursement de la sécurité sociale ;
- FR = Frais réels engagés ;
- OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée ;
- Praticien OPTAM qui peut dépasser la BR sans excès ;
- OPTAM - CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les actes de chirurgie et d'obstétrique.

Les garanties facultatives :

Elles figurent dans la même annexe aux colonnes « option A » et « option B ».

Nos conseils :

- Imprimez l'annexe 2 (extrait ci-dessous) ;
- Cherchez le tarif de base du remboursement de la sécurité sociale pour les actes et matériels remboursés ;
- et faites vos calculs avant que la MGEN ne vous sollicite.

Annexe n° 2
GARANTIES EN SANTÉ

Pour le socle, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie.
Pour les options, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie et par le socle complémentaire (panier de soins interministériel).

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Catégorie Hospitalisation et Soins courants			
Hospitalisation			
Honoraires			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	175% BR	175% BR
Forfaits et frais de séjours			
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	100% FR	-	-

Une partie du tableau de l'annexe 2