

Pilotage de la Protection Sociale Complémentaire Santé et Prévoyance 2025

I. Élargissement des Compétences de la CPPS

La réunion du jeudi 11 décembre 2025 propose l'élargissement des compétences de la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS) sur le thème de la **prévoyance** qui sera inscrite dans le règlement intérieur.

La parution du décret n° 2025-1070 du 6 novembre 2025 étend désormais les missions de la CPPS à la mise en œuvre du contrat de PSC Prévoyance.

Cette modification vise à intégrer les évolutions introduites par le décret de novembre, qui élargit les compétences de la CPPS au domaine de la prévoyance.

Nouvelles compétences :

- Elle participe à l'audit et à l'évaluation de la qualité de la gestion et du service rendu aux bénéficiaires du contrat de Prévoyance
- Elle est chargée d'apprécier les demandes d'évolution tarifaire présentées par les organismes contractants, lesquels doivent lui soumettre un bilan annuel

Compétences rappelées de la CPPS :

En matière de santé, la CPPS propose le barème de prise en charge des cotisations des retraités (fonds d'aide aux retraités)

Elle participe également à la définition des actions de prévention, à l'audit et l'évaluation des contrats collectifs, à la fixation de la cotisation d'équilibre et à l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires. Elle est consultée sur l'adaptation des plafonds pour les bénéficiaires retraités, si le coût annuel de ce dispositif de solidarité excède **10%** de la cotisation de référence

II. Actualités réglementaires et évolutions du dispositif «Santé»

Plusieurs évolutions réglementaires majeures ont été notées, principalement issues du décret n°2025-1070 du 6 novembre 2025 modifiant les modalités de mise en œuvre de la PSC Santé et Prévoyance pour les agents FPE

Champ des bénéficiaires :

Les agents de droit privé intégrés dans des structures publiques sont inclus, tandis que les agents de « droit local » sont exclus (droit local pour les agents à l'étranger qui ont un employeur à l'étranger = droit du pays dans lequel ils travaillent).

Le principe est affirmé que les maîtres agréés de l'enseignement privé relèvent des mêmes règles que les contractuels de droit privé (la condition d'agrément est supprimée)

Modalité de fixation de la cotisation acquittée par les agents affectés à Mayotte, en Polynésie Française et en Nouvelle Calédonie (durant les 6 premiers mois d'affectation) : fixe à 50% de la cotisation d'équilibre sans part variable.

Possibilité de dispense :

Pour les agents disposant de plusieurs employeurs dans la FPE ;

Pour les couples d'agents de la FPE : ils peuvent adhérer au contrat de leur conjoint en tant qu'ayant droit.

Délai d'adhésion pour les retraités :

Le délai d'adhésion au contrat collectif PSC pour les retraités et les bénéficiaires d'une pension de réversion a été prolongé à deux ans pour les contrats déjà en cours, applicable à compter du 10 novembre 2025.

L'UNSA est intervenue sur la difficulté de prélèvement et de couverture pour les retraités. Certains, faute d'information en amont, peuvent leur être prélevé des options sur 1 ou 2 mois. Ils peuvent se retrouver sans couverture s'ils n'ont pas contacté le prestataire du ministère ou pris une autre couverture.

Réponse : Si un agent quitte le ministère, dès information de la mise à la retraite, le prélèvement de la cotisation s'arrête, mais les options peuvent être prélevées sur 1 mois. Le prestataire rembourse cette partie indue. Sur le problème de couverture, si le prestataire n'est pas prévenu, il ne peut pas anticiper.

L'administration a bien pris le point pour informer, le plus en amont possible, les agents faisant le choix de partir en retraite.

Cas de la retraite progressive :

Les agents en retraite progressive sont considérés comme actifs et cotisent comme actifs.

Remboursement des cotisations :

En application de l'article 161 de la loi de finances pour 2025, le montant du remboursement est fixé à **15 € pour les années 2025 et 2026, puis à 30 € à compter de 2027.**

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) :

Une évolution prévisionnelle du PMSS, de 3 925 € (2025) à 4 005 € (2026) est attendue.

III. Comptes Frais de Santé

(Situation arrêtée à mi-année)

Les comptes de résultats prévisionnels de la survenance en cours indiquent que le régime devrait être excédentaire dans son ensemble.

Résultats globaux

La présentation des résultats repose sur des comptes arrêtés à mi-année, extrapolés sur une année complète. Les cotisations encaissées traduisent une dynamique globalement favorable. Le résultat technique prévisionnel de l'exercice est positif à l'échelle globale. Le ratio sinistres/primes demeure maîtrisé.

Analyse par périmètre France

Le périmètre France présente un résultat technique excédentaire. Les données montrent que le panier de soins interministériel est bénéficiaire. En revanche, certaines options complémentaires présentent un déficit technique. Le résultat technique des agents actifs et de leurs ayants droit est excédentaire, avec un ratio sinistres/primes équilibré, tandis que celui des retraités et de leurs ayants droit est légèrement positif.

Remarque de l'UNSA

L'UNSA souligne que ces résultats comportent une part d'estimation et ne reflètent pas encore l'année complète. Elle s'interroge sur l'origine de l'excédent du socle, qui pourrait notamment s'expliquer par l'affiliation automatique d'agents disposant déjà d'une autre couverture et n'ayant pas encore obtenu de réponse à leur demande de dispense. L'UNSA questionne également la possibilité de statuer à l'avance sur les évolutions de cotisations, compte tenu du gel prévu sur plusieurs exercices.

Réponse de l'administration

Le sujet sera étudié lors de l'instance compétente du mois de juin, lorsque les résultats définitifs et les analyses de l'année complète seront disponibles. Toutefois, les décisions relatives à une application ultérieure ne pourront être prises qu'à l'automne de l'année précédant leur mise en œuvre.

De manière générale, les décisions sont arrêtées au cours de l'année pour une application au début de l'année suivante.

IV. Démographie et gestion des dispenses

Adhésions

À mi-année, un nombre significatif d'agents est couvert par le régime obligatoire frais de santé au sein du MAASA et de ses établissements publics. Les agents actifs présentent un âge moyen intermédiaire. Le taux d'adhésion des conjoints et des enfants d'agents reste modéré. Une partie des agents est affiliée d'autorité dans le cadre de l'affiliation automatique. Par ailleurs, une proportion non négligeable des agents affiliés n'a pas eu recours aux prestations.

Évolution du processus de dispense :

Un volume important d'agents bénéficie d'une dispense d'adhésion, représentant une part notable de l'effectif cible. Les campagnes de contrôle ont mis en évidence un taux élevé de non-conformité.

Afin de préserver l'équilibre du régime, le MAASA a décidé de revoir les modalités de justification : Un justificatif est désormais exigé systématiquement pour toute demande de dispense, mettant fin à la procédure d'attestation sur l'honneur et au contrôle a posteriori. Lors de la campagne de renouvellement des dispenses existantes, les agents concernés devront également fournir un justificatif. Les agents dispensés au titre d'une couverture individuelle ne pourront plus renouveler ce motif de dispense et devront procéder à leur affiliation auprès du gestionnaire (à l'exception des agents en CDD). À défaut de démarche de leur part, une affiliation d'office sera mise en œuvre, avec prélèvement des cotisations sur la paie.

V. Fonds et aides sociales

Fonds constitutionnel CCPMA

Plusieurs dossiers ont été instruits pour le MAASA et ses établissements publics. Une majorité de dossiers a été acceptée, tandis que certains ont été refusés.

Fonds sociaux MAASA

Fonds d'Accompagnement Social La mobilisation de ce fonds demeure limitée. Quelques aides ont été accordées à titre individuel. Plusieurs demandes sont en cours d'instruction, notamment en lien avec des situations d'arrêt maladie ou de proche aidance. Des actions d'information ont été menées, comprenant un webinaire dédié aux droits des aidants et un cycle d'ateliers de coaching à destination des agents aidants, animé par une association spécialisée.

Fonds d'Aide aux Retraités

Aucune mobilisation n'a été constatée à ce stade, en raison notamment de l'absence de campagne de communication et de la prolongation des délais d'adhésion. Une campagne interministérielle est prévue afin de promouvoir l'adhésion des retraités.

VI. Évolutions réglementaires récentes en matière de santé

Depuis plusieurs années, diverses mesures ont profondément modifié le paysage du remboursement des soins en France. Le dispositif du « 100 % santé » a été progressivement déployé puis élargi à de nouveaux équipements. Les tarifs de consultation ont été revalorisés, tandis que les taux de remboursement de l'Assurance maladie ont diminué pour certains postes, avec une compensation assurée par les organismes complémentaires. Les tarifs hospitaliers ont augmenté et le dispositif de soutien psychologique a été renforcé.

Des mesures en discussion dans le cadre des lois de financement prévoient un transfert accru de charges vers les complémentaires, une refonte du « 100 % santé », ainsi que des économies attendues via des baisses de prix. Par ailleurs, de nouveaux dispositifs de prévention et de soutien sont envisagés. Ces réformes, parfois reportées, contribuent néanmoins à une hausse tendancielle des dépenses de santé, dans un contexte de recherche d'équilibre entre la Sécurité sociale et les complémentaires.

VII. Environnement de la protection sociale et tendances

L'analyse des tendances met en évidence une accélération marquée des dépenses de santé depuis plusieurs années, avec une progression soutenue de la consommation de soins et de biens médicaux.

Mesures réglementaires impactant les complémentaires

Les organismes complémentaires ont été amenés à compenser des baisses de remboursement de l'Assurance maladie sur certains postes de soins. La revalorisation des consultations contribue également à une inflation de la consommation médicale. Les projets législatifs en cours prévoient la mise en place d'une contribution temporaire assise sur les cotisations des organismes complémentaires, ainsi qu'un transfert de charges supplémentaire vers ces derniers, notamment sur le poste hospitalisation.

Mobilisation des fonds sociaux

Le Fonds d'Accompagnement Social MAASA dispose d'une enveloppe dédiée, mais la mobilisation reste limitée à ce stade. Le Fonds d'Aide aux Retraités dispose également d'une enveloppe spécifique, sans utilisation à ce jour. Une campagne de communication est prévue afin de favoriser l'adhésion et le recours à ces dispositifs.

VIII. Préconisations

Compte tenu de l'excédent constaté, la majeure partie de celui-ci est affectée aux réserves afin de garantir la pérennité financière du régime. Il est préconisé de ne pas modifier les paramètres du régime, qu'il s'agisse des cotisations ou des prestations, à compter du début de l'année suivante.

Une large majorité des agents adhérents a bénéficié de remboursements de frais de santé.

Les enjeux liés à la démographie, à la gestion des dispenses, à l'environnement réglementaire et au volet prévoyance demeurent centraux. L'UNSA a demandé qu'un point spécifique sur la prévention soit présenté par le prestataire, dans l'objectif de limiter les dépenses de santé.

Cette demande a été prise en compte par l'administration.

IX. Volet Prévoyance (Situation au 31 octobre 2025)

Bilan du contrat de prévoyance facultatif

- Contrat facultatif à adhésion individuelle, distinct de la santé collective obligatoire.
- Nouvelle communication du ministère ayant entraîné un sursaut des demandes.

Exonération du questionnaire médical

- Période d'exonération pour les nouveaux adhérents jusqu'au 31 décembre 2025.
- Pour un effet au 1er janvier, contrat signé avant le 31 décembre ; aucune rétroactivité ne sera accordée, contrairement à l'année précédente.
- Passage d'une option supérieure vers une option inférieure (ex. de 3 à 2) sans questionnaire médical.

- Passage à une garantie supérieure nécessitant un questionnaire médical.

Gestion administrative et sinistres

- Mise en place d'un certificat simplifié avec le ministère pour faciliter les démarches des agents en arrêt de travail.
- Ce certificat permet aux gestionnaires d'obtenir directement les informations, sans intervention de l'agent.
- Processus actuellement limité aux agents du ministère (Mazars) ; extension aux autres opérateurs en discussion.

Répartition des adhésions et niveaux de garantie

- Les niveaux de garantie 2 et 3 concentrent la majorité des adhésions.
- Participation de 7 € de l'employeur réservée aux adhérents du nouveau contrat collectif à adhésion individuelle.

Évolution du contrat et couverture du Congé Maladie Ordinaire (CMO)

- Question posée par l'UNSA sur l'inclusion de la couverture des 10% non remboursés sur le CMO dans le contrat de prévoyance.
- Couverture non incluse dans le marché actuel, l'évolution réglementaire étant intervenue après la finalisation de l'appel d'offres.
- Ajout de cette garantie nécessitant un nouvel appel d'offres ou un avenant, car cela modifierait significativement l'équilibre économique du contrat.

L'UNSA a posé la question sur l'évolution du contrat de prévoyance et les 10 % de perte de salaire dans la prévoyance.

Réponse : ce n'est pas dans le marché. Il faudrait un nouveau marché ou un avenant avec changement de tarif.

*Pour toute question complémentaire : les adresser au
SRH*
