

COUVERTURE SANTÉ OBLIGATOIRE DU MI

# COMPRENDRE LA PSC



Qu'est-ce que c'est ?

Qui est concerné ?

Quelles garanties ?

Quel coût ?

Comment va s'opérer  
le changement  
de mutuelle ?

Les régimes particuliers  
de sécurité sociale

(Alsace-Moselle, Outre-mer, étranger.)



**UNITÉ.MI**

**FO**

**VOUS EXPLIQUE**

**TOUT !**

Depuis 1945, la sécurité sociale protège les assurés sociaux en prenant en charge une partie de leurs dépenses de santé : C'est l'assurance maladie obligatoire. Mais elle ne rembourse pas la totalité de leurs soins médicaux, il y a souvent un « reste à charge ».

Ce sont les organismes assureurs et mutualistes qui proposent des contrats de « complémentaire santé » permettant le remboursement total ou partiel du « reste à charge ».

Une complémentaire santé, ou mutuelle, intervient donc en complément de la sécurité sociale pour rembourser tout ou partie des frais de santé.

La complémentaire santé n'ayant aucun caractère obligatoire, une partie des salariés du privé ou du public, généralement les plus précaires, renonçaient à financer une complémentaire santé et donc à leur accès à certains soins faiblement remboursés par la sécurité sociale.



Aussi, **la réforme de la PSC est née de la volonté commune des partenaires sociaux et de l'État de généraliser la couverture santé complémentaire afin de garantir l'accès aux soins à l'ensemble des salariés et agents publics.**

Cela passe par **trois obligations** :

- Pour l'employeur : **Proposer un contrat collectif** à ses salariés et **financer au moins 50 % de leur cotisation.**
- Pour les salariés et agents publics : **D'adhérer au contrat collectif proposé par l'employeur.** (sauf cas de dispense)



*Beaucoup de retard... Mais on y arrive enfin !*

Suite à l'ordonnance fonction publique N°2021-175 du 17 février 2021 et à l'accord interministériel du 26 janvier 2022, il aura fallu attendre début 2023 pour lancer les travaux au sein du ministère de l'Intérieur.

Pour rappel, dès le début des travaux, **UN1TÉ.MI FO avait un seul objectif** : Obtenir la mise en œuvre du « volet santé » dès **le 1<sup>er</sup> janvier 2025**.

Malheureusement, le boycott par le « BLOC syndical » de l'ensemble des travaux de création des options (novembre 2023 à février 2024), puis de deux CSA Ministériels, a entraîné un retard irrattrapable... Au seul bénéfice de l'administration qui aura pu ainsi économiser un an de participation à la couverture santé des agents, soit près de 60 millions d'euros. Un préjudice direct pour le porte-monnaie des agents et de leur couverture santé !

**La mise en œuvre du volet SANTÉ est prévue le 1<sup>er</sup> janvier 2026**

## QUI EST CONCERNÉ PAR LA COUVERTURE SANTÉ « OBLIGATOIRE » ?

▣ **L'ensemble des agents employés et rémunérés par le MI, ainsi que les établissements publics et autorités administratives qui y sont rattachés.**

- Fonctionnaires civils de l'État (Élèves, stagiaires et titulaires de toutes les catégories, corps et grades)
- Agents contractuels de droit public (y compris de courte durée)
- Agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire
- Ouvriers de l'État
- Apprentis



## ▣ Les cas de dispense à l'adhésion obligatoire :

- Les agents couverts par un contrat individuel en complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance du contrat, dans la limite de douze mois.
- Les agents bénéficiaires, à titre individuel ou en qualité d'ayant droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une entreprise de droit privé, qu'elle soit obligatoire ou facultative<sup>1</sup>.
- Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.
- Les agents en CDD s'ils bénéficient d'une couverture individuelle.
- Les agents bénéficiaires du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.
- Les agents bénéficiaires d'une couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

<sup>1</sup> Exemple de l'agent couvert par la mutuelle d'entreprise de son conjoint.

## À savoir !

Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut renoncer, à tout moment, à sa dispense et demander à adhérer au contrat. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut lui être appliquée !

## ▣ Les agents en situation particulière :

### Conservent le bénéfice du contrat collectif :

- L'agent en congé parental ;
- L'agent en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- L'agent en congé de proche aidant, de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- L'agent en congé de formation professionnelle.

### Perdent leur adhésion au contrat collectif :

- L'agent détaché dans une autre administration
- L'agent en disponibilité pour convenances personnelles
- L'agent faisant l'objet d'une mesure d'exclusion temporaire ou d'une mesure de suspension entraînant la perte totale de rémunération (\*)

(\*) Attention ! Ce point n'a pas encore été clarifié. **Pour UNITÉ.MI FO, il est inacceptable qu'un agent et ses ayants droits perdent leur couverture santé brutalement après une suspension ou une ETF.**

Ce point devra être discuté avec l'organisme retenu pour prévoir une disposition permettant d'assurer le maintien de la couverture.

## QUI EST CONCERNÉ PAR LA COUVERTURE SANTÉ « FACULTATIVE » ?

### ▣ Les ayants droits de l'agent actif :

- **Conjoint** non séparé de corps, lié par un PACS, concubin, d'un bénéficiaire actif ou retraité.
- **Enfant ou petit-enfant** de l'agent ou d'un retraité, ou de leur conjoint (Époux, PACS ou concubinage), ou **enfant confié par décision de justice à leur charge** :
  - Âgé de moins de 21 ans.
  - Âgé de moins de 25 ans, s'il est étudiant, en contrat d'apprentissage ou demandeur d'emploi.
  - Sans restriction d'âge pour un enfant handicapé.
- Le **conjoint survivant** et l'**enfant orphelin** d'un agent ou d'un retraité décédé.

### ▣ Les retraités du ministère de l'Intérieur :

Quel que soit leur nombre d'années de retraite et leur âge, les retraités peuvent demander à adhérer au contrat collectif.

*NOTA : L'adhésion se fait sans examen de santé dans les 12 mois qui suivent la mise en place du contrat collectif. Au*

*delà, un questionnaire de santé pourra être demandé et une tarification différente appliquée.*



## QUELLE COUVERTURE SANTÉ EST PROPOSÉE PAR LE CONTRAT COLLECTIF ?

L'accord interministériel du 26 janvier 2022, signé par l'ensemble des fédérations syndicales représentatives, est venu définir un « **panier de soins socle obligatoire** » commun à l'ensemble des agents de la fonction publique d'État.

Ensuite des travaux menés au sein de chaque ministère ont consisté à créer des options complémentaires facultatives, adaptées aux besoins des agents, afin d'améliorer les garanties du socle obligatoire.

Au sein du MI, depuis février 2023, **les représentants d'UNITÉ.MI FO ont participé activement à l'élaboration de deux options complémentaires facultatives** publiées au JO dans l'accord ministériel du 16 mai 2024, lequel a été signé par l'ensemble des organisations syndicales représentatives au MI.

Voici donc, en page suivante, le tableau récapitulatif des trois niveaux de garanties proposés aux agents, aux retraités et à leurs proches : (Annexe 2 de l'accord ministériel du 16 mai 2024)

## ANNEXE 2 — GRILLE DE GARANTIES

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	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
<b>Hospitalisation</b>			
<b>Honoraires <sup>(1)</sup></b>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200%	250%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	180%	200%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>			
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Forfait hospitalier et frais de séjour</b>			
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100%	150%	200%
<b>Chambre particulière (sans limitation de durée)</b>			
Court séjour et maternité	50 € / nuit	60 € / nuit	100 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	50 € / nuit	60 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	55 € / nuit	65 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	30 € / jour	35 € / jour
<b>Frais d'accompagnant</b>			
Établissement conventionné	38,50 € / nuit	40 € / nuit	45 € / nuit
Établissement non conventionné	25 € / nuit	30 € / nuit	35 € / nuit
<b>Autres</b>			
Autres	-	-	-
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Consultations / Visites de médecins généralistes</b>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100%	200%	250%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	180%	200%
<b>Consultations / Visites de médecins spécialistes</b>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200%	250%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	180%	200%
<b>Actes techniques médicaux</b>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200%	250%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	180%	200%
<b>Actes d'imagerie médicale</b>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130%	200%	250%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	180%	200%
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%	150%	200%
Masseurs-kinésithérapeutes	130%	150%	200%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de laboratoire	100%	150%	200%
<b>Médicaments</b>			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100%	100%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	100 € / an	150 € / an
<b>Matériel médical</b>			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200%	250%	350%
<b>Frais de transport en véhicule sanitaire</b>			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100%	150%	200%
<b>Dentaire</b>			
<b>Soins et prothèses 100% Santé <sup>(2)</sup></b>	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
<b>Soins (hors 100% Santé)</b>			
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100%	100%	200%
<b>Prothèses (hors 100% Santé)</b>			
<b>Panier Maîtrisé</b>			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375%	425%	475%
Prothèses amovibles	375%	425%	475%
Prothèses provisoires	375%	400%	450%
Inlay Core	375%	400%	425%
Inlays onlays d'obturation	150%	250%	375%
<b>Panier Libre</b>			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300% Dent non visible : 250%	350%	475%
Prothèses amovibles	Dent visible : 300% Dent non visible : 250%	300%	475%
Prothèses provisoires	300%	350%	450%
Inlay Core	200%	250%	375%
Inlay Onlay d'obturation	-		

<b>Implantologie</b>			
Implants	500 € / implant (limite 2 implants / an)	600 € / implant (limite 2 implants / an)	700 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)	300 € / couronne (limite 2 couronnes / an)	400 € / couronne (limite 2 couronnes / an)
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250%	300%	450%
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	400 € / semestre	500 € / semestre
<b>Aides auditives</b>			
Equipements 100% Santé <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre <sup>(3)</sup>	800 €	1 200 €	1 500 €
Petits équipements (piles...)	-	-	52,50€ / an
<b>Optique</b>			
Equipements 100% Santé <sup>(2)</sup>	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre			
<b>Monture</b>	50 €	75 €	100 €
Monture + Verres (cf. grille optique)	1 Monture + 2 verres simples : 170€ 1 Monture + 2 verres complexes : 270€ ou 350€ 1 Monture + 2 verres très complexes : 450€	1 Monture + 2 verres simples : 200€ 1 Monture + 2 verres complexes : 300€ ou 400€ 1 Monture + 2 verres très complexes : 500€	1 Monture + 2 verres simples : 300€ 1 Monture + 2 verres complexes : 400€ ou 500€ 1 Monture + 2 verres très complexes : 600€
<b>Autres prestations optique</b>			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables <sup>(4)</sup>	100€ / an	100€ / an	200 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400€ / an	450€ / an	750 € / an
<b>Grille optique (par verre)</b>			
Verre unifocal, sphérique			
Sphère de - 6 à + 6 (simple)	60 €	62,50 €	100 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (complexe)	110 €	112,50 €	150 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (simple)	60 €	62,50 €	100 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (simple)	60 €	62,50 €	100 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (complexe)	110 €	112,50 €	150 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (complexe)	110 €	112,50 €	150 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (complexe)	110 €	112,50 €	150 €
Verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère de - 4 à + 4 (complexe)	150 €	162,50 €	200 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (très complexe)	200 €	212,50 €	250 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0 (complexe)	150 €	162,50 €	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (complexe)	150 €	162,50 €	200 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (très complexe)	200 €	212,50 €	250 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (très complexe)	200 €	212,50 €	250 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (très complexe)	200 €	212,50 €	250 €
<b>Autres postes</b>			
<b>Cures thermales acceptées SS</b>			
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100%	100% + 10% PMSS	100% + 10% PMSS
<b>Médecines additionnelles et de prévention</b>			
<b>Médecine douce</b>			
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40€ / séance)	4 séances / an (limite 50 € / séance)	6 séances / an (limite 50 € / séance)
<b>Psychologue</b>			
Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale	4 séances / an (limite 30€ / séance)	5 séances / an (limite 50 € / séance)	6 séances / an (limite 50 € / séance)
<b>Actes refusés SS</b>			
Vaccins			
Consultation diététique			150 € / an
Bilan parodontal	80€ / an	80 € / an	
Ostéodensitométrie osseuse			150 € / an
Sevrage tabagique			150 € / an
Contraception, tests de grossesse	80€ / an	80 € / an	150 € / an
<b>Prévention</b>			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183€ / acte	183 € / acte	300 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%

<sup>(1)</sup> Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques

<sup>(2)</sup> Tels que définis règlementairement.

<sup>(3)</sup> Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

<sup>(4)</sup> Pour la branche professionnelle et le panier de l'accord interministériel, le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.

## QUEL COÛT POUR LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT COLLECTIF ?

En France, les dépenses de santé sont strictement encadrées et les organismes mutualistes ne peuvent pas faire de bénéfices.

Aussi, la somme des cotisations des adhérents et de leurs dépenses de santé doivent s'équilibrer.

Dans un contrat collectif, ce ratio dépenses/recettes donne lieu au calcul d'une « cotisation d'équilibre », qui est révisée chaque année, à la hausse comme à la baisse, et **sert de référence pour la cotisation des agents, de leurs ayants droits et des retraités**.

Le calcul des cotisations des agents, des ayants droits et des retraités est fixé par l'accord interministériel de 2022 comme suit :

### ► POUR LES AGENTS EN ACTIVITÉ

**1 ) La cotisation des agents au socle obligatoire** repose sur la cotisation d'équilibre et se décompose comme suit :

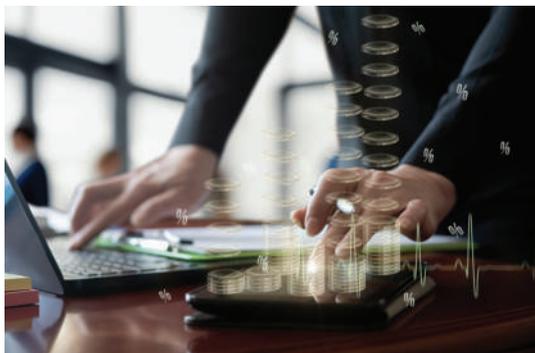
➡ **La part forfaitaire de 50% acquittée par le MI auprès de l'organisme**  
*(La mise en place du contrat collectif signera la fin de la participation forfaitaire transitoire de 15€/mois pour l'ensemble des agents, y compris ceux qui feront une demande de dispense)*

➡ **La part individuelle de l'agent précomptée sur son salaire mensuel :**

- Une part fixe de 20% acquittée par l'agent.
- Une part variable solidaire correspondant en moyenne à 30% acquitté par l'agent.<sup>2</sup>
- Une cotisation additionnelle de 2% pour alimenter le fonds d'aide aux retraités.
- Une cotisation additionnelle de 0,5% pour alimenter le fonds d'accompagnement social

**À savoir ! Du fait de son caractère « obligatoire », la part de l'agent est déductible des revenus imposables.**

<sup>2</sup>- Elle est calculée sur la base d'un coefficient appliqué à la rémunération brute mensuelle de l'agent soumise à CSG et CRDS, plafonnée au plafond mensuel de la sécurité sociale (3 925 € en 2025).



2) **L'adhésion facultative à l'une des deux options** se fera directement auprès de l'organisme mutualiste et la cotisation sera versée auprès de l'organisme. Le ministère versera la **participation forfaitaire de 50%** (plafonnée à **5€**) sur le salaire de l'agent.

**À savoir ! L'option choisie par l'agent s'applique systématiquement à ses ayants droits**

### POUR LES AYANT-DROITS :

Le montant de la cotisation des **conjoints** est fixé à **110% de la cotisation d'équilibre**.

Le montant de la cotisation des **enfants**<sup>3</sup> : **50% de la cotisation d'équilibre**.

*S'ajoutent également les deux cotisations additionnelles de 2% et 0,5%*

L'adhésion et le paiement des cotisations/options des ayants droits se fera directement auprès de l'organisme par l'agent.



### POUR LES RETRAITÉS :

**1<sup>ère</sup> année** de retraite : **100%** de la cotisation d'équilibre.

**2<sup>ème</sup> année** : **125%** de la cotisation d'équilibre.

**Années 3 à 5** : **150%** de la cotisation d'équilibre.

Ensuite la cotisation sera **plafonnée à 175%** et **ne pourra plus évoluer après 75 ans**

*S'ajoutent également les deux cotisations additionnelles de 2% et 0,5%*

L'adhésion et le paiement des cotisations/options se fera directement auprès de l'organisme par le retraité.

**À L'ISSUE DU MARCHÉ PUBLIC,  
LE GROUPEMENT MGP/MGEN  
DEVIENT LA MUTUELLE UNIQUE  
DES AGENTS DU MI  
POUR LES 6 PROCHAINES ANNÉES !**



En attendant la communication des tarifs proposés par la MGP/MGEN, voici un **exemple de calcul de cotisations basé sur un montant théorique :**

**Exemple de cotisations**

Cas d'une cotisation d'équilibre à 70€

Option 1 : 15€ / Option 2 : 30€

(Avec une minoration de 60 % des options pour les enfants)



COTISATION AGENTS			
SALAIRE BRUT	Socle obligatoire	Avec Option 1	Avec Option 2
1 500 €	26,65 €	36,65 €	51,65 €
2 000 €	30,75 €	40,75 €	55,75 €
2 500 €	34,85 €	44,85 €	59,85 €
3 000 €	38,95 €	48,95 €	63,95 €
3 500 €	43,05 €	53,05 €	68,05 €
3 925 € (et plus)	46,54 €	56,54 €	71,54 €

COTISATION AYANTS DROITS			
	Socle obligatoire	Avec Option 1	Avec Option 2
CONJOINT	78,93 €	93,93 €	108,93 €
ENFANT 1	35,88 €	41,88 €	47,88 €
ENFANT 2	35,88 €	41,88 €	47,88 €
<b>TOTAL</b>	<b>114,80 €</b>	<b>135,80 €</b>	<b>156,80 €</b>

Gratuité à compter du 3ème enfant

COTISATIONS RETRAITES				
	Socle obligatoire	Avec Option 1	Avec Option 2	%
1ère année	76,88 €	86,88 €	96,88 €	100,00 %
2ème année	96,09 €	106,09 €	116,09 €	125,00 %
Année 3 à 5	115,31 €	125,31 €	135,31 €	150,00 %
<b>MAX</b>	<b>125,56 €</b>	<b>140,56 €</b>	<b>155,56 €</b>	<b>175,00 %</b>

Cotisation plafonnée à 175 % et 75 ans

Un simulateur sera mis à la disposition de vos représentants UNITÉ.MI FO dès que le montant de la cotisation d'équilibre et des options seront connus.

## COMMENT VA S'OPÉRER LE CHANGEMENT DE MUTUELLE ?

➡ Une **campagne d'information** va être diffusée auprès des agents et des retraités à compter de la fin de l'été.

➡ **Les agents recevront un courriel** leur expliquant l'ensemble des actions à accomplir pour :

- Préparer leur affiliation au contrat collectif obligatoire ou demander une dispense ;
- Le cas échéant, préparer l'affiliation de leurs ayants droit (conjoint et / ou enfants) et le choix d'une des deux options facultatives.

**Au 1<sup>er</sup> janvier 2026, l'adhésion de l'ensemble des agents du MI au nouveau contrat collectif sera effective, sauf cas de dispense.**

### IMPORTANT !

#### ➡ **AUCUN AGENT SE RETROUVERA SANS COUVERTURE !**

Il n'y aura pas de radiation par l'ancienne mutuelle avant l'adhésion effective au nouveau contrat.

#### ➡ **IL N'Y AURA AUCUNE RUPTURE DE SOINS !**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2026, les protocoles de soins en cours, validés avant cette date par l'ancienne mutuelle, continueront à être pris en charge par cette dernière ou la nouvelle jusqu'à leur terme.

#### ➡ **IL N'Y AURA PAS DE DÉLAI DE CARENCE !**

La totalité des frais de santé des agents seront remboursés dès le 1<sup>er</sup> jour.

## LES RÉGIMES PARTICULIERS DE SÉCURITÉ SOCIALE :

Comme le prévoit l'article 21 du décret du 22 avril 2022, des adaptations seront mises en œuvre pour :

➡ Les agents employés en **Alsace-Moselle** dont les cotisations seront minorées en proportion des garanties complémentaires déjà financée par leur régime particulier.

➡ Les agents affectés dans les collectivités d'outre-mer prévu à l'article 74 de la Constitution, en **Nouvelle-Calédonie**, à **Mayotte**.

Ainsi que des garanties spécifiques pour :

➡ **Les agents affectés à l'étranger** bénéficient des garanties spécifiques.

(Cf annexe 3 de l'accord ministériel du 16 mai 2024.)

