



REVUE DE LA MUTUELLE
CENTRALE DES FINANCES

Janvier 2026 - N° 215

NOTRE SOLIDITÉ EST VOTRE SÉCURITÉ

Aujourd'hui
comme demain,
la MCF reste
à vos côtés
à chaque étape
de votre vie !

>P8



ISSN 1141 - 4685 Prix 1,14 €



DÉSERTS MÉDICAUX...

Des solutions ?

>P4



GLYCÉMIE ÉLEVÉE...

Comment l'abaisser ?

>P7



REVUE DE LA MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES

04

Système de soins

- Déserts médicaux : la lutte s'organise...

06

Médecine

- Psychiatrie nutritionnelle :
un champ de recherche à explorer...

07

Nutrition

- Pour manger mieux :
l'alimentation à index glycémique bas !

08

Actualités MCF

- Quel avenir pour la MCF ?
- Une question concernant vos remboursements
- Du nouveau dans les statuts de la MCF
- Proposition d'adhésion pour les conjoints retraités
- Connaissez-vous ces quelques grands principes d'assurance ?

12

Santé

- Fourmillements dans les jambes et les pieds :
quand s'inquiéter ?

14

Vie pratique

- Déchets médicaux : où les jeter ?

15

Brèves

- Une meilleure prise en charge des prothèses capillaires !
- Un implant sous-rétinien pour traiter la DMLA !
- Des chercheurs ont réussi à créer des ovocytes humains !





Jean-Louis Bancel
Président

Quand tout bouge autour de soi ! Un point de stabilité est très utile.



Au fil des années, le site de l'Assurance Maladie en Ligne : AMELI est devenu un point de référence pour se tenir informé en matière de prise en charge par le régime obligatoire. Le plus souvent, il s'agit de s'informer sur ses droits, sur ses prises en charge lors du recours à un professionnel de santé. Mais, au-delà de ces rubriques souvent consultées, ce site internet est également une source fiable d'informations sur la santé. Dans celle-ci figure des informations sur un trouble : le vertige. Ce symptôme est décrit comme « *une illusion de mouvement de ce qui entoure (murs, plafond, objets...) ou une sensation de déplacement de soi-même dans l'espace* » qui mérite attention.

Ces derniers temps, nos adhérents, y compris ceux en bonne santé, ont légitimement pu avoir le sentiment de ressentir des vertiges en ce qui concerne les conditions de leur prise en charge financière en termes d'assurance santé.

Tout d'abord, en ce qui concerne la prise en charge par le régime obligatoire. Le contexte politique tant au parlement que dans l'exécutif a rendu peu compréhensible les mesures devant figurées dans la Loi de Financement de la Sécurité sociale ainsi que dans le budget. Entre les différentes hypothèses d'augmentation de « reste à charge » pour les assurés sociaux (déremboursement ou l'augmentation de certains forfaits tels celui des médicaments), il y avait de quoi attraper le tournis.

À cela s'est ajouté pour bon nombre de nos adhérents, l'entrée en vigueur de la Protection Sociale Complémentaire des agents publics, contraignant nombre d'actifs à changer d'assureur complémentaire. Nombre de nos adhérents impactés ont exprimé leur regret de se voir imposer une solution destinée à, prétendument, assurer leur bonheur malgré eux. De même, compte tenu des imprécisions d'informations transmises par les administrations, certains retraités ont cru devoir quitter la MCF.

Animée par sa fidélité à ses adhérents, notre Mutuelle s'est mise en capacité à être un point de référence pour apporter à chacun la bonne information. Je tiens

ici à remercier l'ensemble des agents de la MCF qui se sont mobilisés pour que nous puissions être pour nos adhérents un point fixe permettant de se repérer quand tout bouge autour de soi.

Cette volonté d'être un pôle de stabilité s'est également traduit par l'adoption d'un dispositif de « droit au retour ». Toutes les personnes qui ont été adhérentes, depuis au moins 2 ans, qui ont dû nous quitter du fait de la PSC, pourront revenir pour reprendre une garantie auprès de nous, comme si elles ne nous avaient jamais quitté.

Enfin, en dépit de tous ces vents tourbillonnants, le Conseil d'administration s'est attaché à ce que notre gestion prudente maintienne un très haut niveau de solvabilité. Ceci nous permettra de tenir sans difficulté, à moyen terme, les engagements pris vis-à-vis de nos adhérents d'hier et d'aujourd'hui.

Voici comment nous avons traduit, en 2025, notre volonté d'être un point de sécurité et de vous accompagner tout au long de votre vie.

C'est sur ces mots, porteurs d'avenir, qu'au nom de tous mes collègues du Conseil d'administration que je vous transmets nos meilleurs vœux pour 2026.

La MCF : l'autre mutuelle ! Celle de la solidarité choisie !

Jean-Louis BANCEL

*Chères adhérentes, chers adhérents,
Durant ce trimestre éprouvant, nous avons été touchés et encouragés par vos marques de soutien. Le Conseil d'administration et l'équipe de la MCF vous en remercient.*



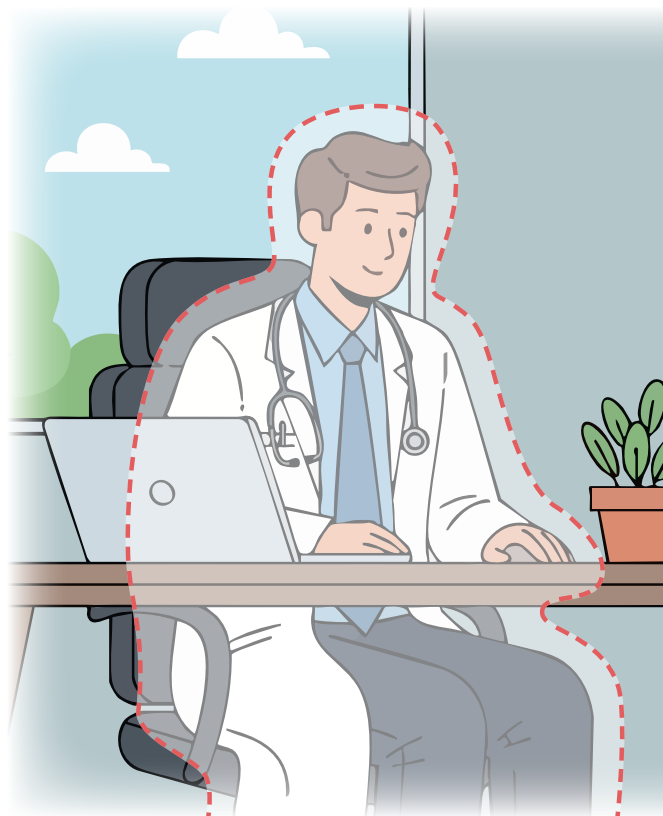
DÉSERTS MÉDICAUX : la lutte s'orga

Alors que de nombreux praticiens partent à la retraite, les déserts médicaux gagnent du terrain en raison d'une relève insuffisante. Pour y remédier, de nouvelles mesures législatives visent à améliorer l'accès aux soins.

Un désert médical désigne un territoire où l'accès aux professionnels de santé, notamment aux médecins généralistes, est insuffisant, en raison d'une offre limitée ou d'une mauvaise répartition géographique. Cette situation peut entraîner des délais d'attente prolongés, de longs déplacements pour consulter un médecin, voire un renoncement aux prises en charge médicales. Plus de 60 % des Français déclarent avoir déjà renoncé à des soins au cours des cinq dernières années, faute de médecin disponible (source : Ipsos). Ainsi, six millions d'entre eux n'ont pas de médecin traitant.

Quelles mesures contre les déserts médicaux ?

Une nouvelle loi encadre désormais l'installation des praticiens dans les zones déjà bien pourvues en offre de soins. Dans ces territoires dits « surdotés », tout médecin souhaitant ouvrir un cabinet devra au préalable obtenir une autorisation de l'Agence régionale de santé (ARS). Ce dispositif s'inscrit dans le « pacte de lutte contre les déserts médicaux », lancé en avril 2025, qui vise à garantir un accès équitable aux soins sur tout le territoire. « La mesure phare, c'est que les médecins généralistes qui exercent dans des zones qualifiées de normodotées ou surdotées en professionnels de santé puissent venir apporter leur soutien dans des zones qualifiées de déserts médicaux », explique Emmanuelle Barlerin, coprésidente d'AVECsanté, le mouvement représentatif des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)



en France. Concrètement, les praticiens pourront assurer jusqu'à deux jours de consultation par mois dans ces zones, tout en ayant le droit de se faire remplacer dans leur cabinet. Une prime de 200 euros a également été annoncée par le ministère de la Santé pour inciter ces interventions. L'association AVECsanté est réservée sur la mise en œuvre. « Nous sommes sceptiques quant à la faisabilité et à la qualité des soins dans le cadre de la continuité des soins », rapporte sa coprésidente. Au-delà de cette première mesure, ce texte engage aussi une action à long terme pour diversifier l'origine géographique et sociale des étudiants en santé. Enfin, il prévoit la modernisation de l'organisation des soins en simplifiant les démarches administratives des professionnels, en développant le recours aux assistants médicaux et en valorisant les compétences des professionnels paramédicaux.

nise...



Amplifier des solutions déjà en place

Les assistants médicaux, qui assurent la prise en charge de certaines tâches administratives et préparent les patients à la consultation, permettent de libérer du temps médical et d'augmenter le nombre de consultations. Dans le cadre du "pacte de lutte contre les déserts médicaux", le Gouvernement souhaite lever les freins au développement du dispositif, notamment la capacité de formation et d'élargir les missions des assistants médicaux afin qu'ils puissent réaliser certains actes du quotidien. « *L'objectif affiché est le déploiement de 15 000 assistants médicaux d'ici 2028* », précise la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Parallèlement, se poursuit le déploiement des **médicobus** en lien étroit avec les ARS, avec un objectif de 100 unités mobiles sur l'ensemble du territoire. ■

Anne-Sophie Glover-Bondeau



Une cartographie des déserts médicaux

La cartographie des « zones rouges », c'est-à-dire les intercommunalités les plus touchées par la désertification médicale selon le plan gouvernemental, montre qu'elles se situent surtout le long de la « diagonale du vide » là où la densité de population est relativement faible (Est, Centre, Sud-Ouest). On en trouve également en Guyane et à Mayotte. Ces zones concernent entre 2 et 2,5 millions d'habitants. La carte révèle également que 87 % du territoire national est classé en situation de fragilité médicale, incluant désormais des zones périurbaines et villes moyennes.





PSYCHIATRIE NUTRITIONNELLE : un champ de recherche à explorer...

Comment ce que nous mangeons exerce-t-il une influence sur notre santé mentale ? C'est ce que la psychiatrie nutritionnelle essaye de comprendre. Le point sur les découvertes dans ce domaine et les perspectives de recherche.

Bien manger est la clé pour être en bonne santé physique, mais aussi pour être bien dans notre tête. La recherche actuelle dans le domaine de la psychiatrie nutritionnelle le prouve. « Elle étudie comment la qualité de l'alimentation, les nutriments et le microbiote intestinal influencent les circuits cérébraux, l'inflammation, l'énergie neuronale et, finalement, les symptômes psychiatriques », explique Guillaume Fond, psychiatre et docteur en biologie cellulaire et moléculaire, auteur de *Bien nourrir son cerveau* et de *Bien manger pour ne plus déprimer* (chez Odile Jacob). Avoir de bons apports nutritionnels, variés et équilibrés, est particulièrement important. « Mieux manger améliore l'humeur, tandis qu'une part élevée de produits ultratransformés s'associe à plus de dépressions », constate le spécialiste.

Dépression, trouble bipolaire, autisme...

Justement, « une méta-analyse récente a confirmé l'efficacité de l'alimentation méditerranéenne dans la lutte contre la dépression, avec toutefois une hétérogénéité importante, signe qu'il faut personnaliser les approches, et commencer par réduire la consommation de produits ultratransformés dans tous les cas », ajoute-t-il. Le régime méditerranéen,

riche en fibres et en oméga 3, privilégie les fruits et légumes frais, les légumineuses, les céréales complètes mais aussi le poisson et la viande en petite quantité.

Le régime cétogène qui, quant à lui, repose sur une faible quantité de glucides compensée par un apport plus important en lipides et en protéines, intéresse également. « Il est en cours d'étude avec des résultats



prometteurs notamment dans le trouble bipolaire », confirme le docteur Fond. Son effet sur l'autisme est actuellement évalué, tout comme ceux des régimes sans gluten et sans caséine (la protéine du lait).

De premiers effets sur la prise en charge

Les découvertes de la psychiatrie nutritionnelle font petit à petit évoluer la prise en charge des troubles de l'humeur « sans se substituer aux thérapies validées », pointe le psychiatre. « Les recommandations de la Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice (RANZCP) intègrent ainsi

l'alimentation, l'activité physique et le sommeil, illustre-t-il. Elles se traduisent par un dépistage diététique, des conseils structurés autour du régime de type méditerranéen, une collaboration avec diététiciens et un suivi d'objectifs métaboliques et psychiatriques ». De plus, des lignes directrices internationales, dédiées au *lifestyle-based mental health care* (les soins de santé

mentale axée sur le mode de vie), existent pour les adultes atteints d'un trouble dépressif majeur, toujours en complément des thérapies.

Les pistes de recherche actuelles

Pour aller plus loin dans la compréhension des différents mécanismes, la recherche se poursuit. Pour Guillaume Fond, l'une des priorités est d'évaluer « l'efficacité de combinaisons ciblées de nutriments ayant montré une influence sur la santé mentale ».

En parallèle, « des essais sur les psychobiotiques – des probiotiques qui régulent le fonctionnement du système nerveux central –, plus longs et standardisés, doivent être menés ». Enfin, des études s'attellent à apprécier les effets des régimes anti-inflammatoires accompagnés d'une réduction des produits ultratransformés et des protocoles de chrononutrition (fondés sur l'horloge biologique), sur le sommeil et l'humeur.

Autant de pistes qui permettront probablement d'améliorer la prise en charge des troubles de la santé mentale, voire de prévenir leur survenue. ■

Léa Vandeputte



POUR MANGER MIEUX : l'alimentation à index glycémique bas !

Et si l'alimentation à index glycémique bas était LA solution pour retrouver une alimentation équilibrée ? Ce mode alimentaire s'appuie sur la maîtrise de sa glycémie sanguine pour faire le plein d'énergie et rester en bonne santé..

Connu des spécialistes mais encore peu du grand public, l'index ou indice glycémique (IG) est un allié précieux pour prendre soin de sa santé.

« L'index glycémique correspond à la capacité d'un aliment à faire grimper la glycémie, c'est-à-dire le taux de glucose dans le sang », explique Angélique Houlbert, diététicienne-nutritionniste et auteure d'un livre¹ sur le sujet. Et sa fluctuation n'est pas sans conséquence sur la santé.

Maîtriser sa glycémie pour rester en forme...

« Les pics de glycémie provoqués par certains aliments sont logiquement suivis d'une chute brutale : on parle alors d'hypoglycémie réactionnelle, qui entraîne de la fatigue, une baisse du moral, ou encore des fringales », pointe la spécialiste. Contrôler sa glycémie permet donc de conserver une énergie constante tout au long de la journée. Et ce n'est pas tout.

« L'alimentation avec un IG bas aide à perdre du poids et prévient le diabète et les maladies cardiovasculaires, certifie la diététicienne-nutritionniste. Elle agit aussi sur le sommeil et le moral, car quand la glycémie est stable, les émotions le sont aussi ».

Adapter ses habitudes

L'objectif est donc de consommer des aliments à IG bas qui limitent les pics glycémiques. Pour cela, on favorise ceux à digestion lente, qui ralentissent l'absorption du glucose dans le sang.



Un premier geste simple peut être de revoir ses modes de cuisson. « Les pâtes et le riz – basmati de préférence – sont à consommer al dente ou fermes, confirme Angélique Houlbert. La digestion sera plus lente et donc l'IG plus bas. » Autre astuce : les consommer froids, en salade par exemple, afin de rendre l'amidon plus résistant à la digestion. Il est aussi possible d'ajouter de l'acidité à ses préparations : « Un filet de citron ou de vinaigre ralentit la vidange gastrique et tend à diminuer l'IG d'un repas », explique-t-elle.

Les légumes, stars de l'assiette !

Ensuite, il faut se faire plaisir et cuisiner. « Évitez, tant que possible, les produits ultratransformés, insiste Angélique Houlbert. Souvent rapides à digérer, ils sont aussi riches en glucose ou en sucres ajoutés, dont le corps n'a absolument pas besoin ». On oublie donc la majorité des céréales du petit-déjeuner, les jus de fruits industriels, mais aussi le pain blanc ou encore la purée instantanée et les galettes de riz soufflées.

À la place, on cuisine des légumes. « Crus ou cuits, mais encore fermes,

ils doivent composer la moitié de l'assiette », indique la spécialiste. Elle conseille aussi de privilégier les légumineuses (lentilles, pois chiches, haricots), les oléagineux (noix, amandes), les produits de la mer, les fruits et les épices. Autant d'aliments à l'IG bas.

Une approche accessible...

Ce mode alimentaire s'adresse à tous. Pour se lancer, il ne faut pas chercher à bouleverser toutes ses habitudes du jour au lendemain. « On peut par exemple commencer par un repas, comme le petit-déjeuner, ou limiter un aliment que l'on consomme beaucoup, illustre la spécialiste. L'alimentation à IG bas ne prive pas, elle rééduque ou remplace. C'est simplement du bon sens. » Et en cas d'écart, il suffit de rééquilibrer avec son prochain repas. Enfin, au-delà de la composition de l'assiette, l'experte rappelle l'importance du contexte du repas : « Bien s'installer, prendre le temps de mâcher, manger dans le calme... cela participe aussi à une meilleure digestion », observe-t-elle. ■

Clémentine Delignières

¹ "100 aliments IG bas à volonté", Angélique Houlbert, Thierry Souccar Éditions, 224 pages.



QUEL AVENIR POUR LA MCF ?

Face aux courriers du ministère des Finances, à la réforme de la PSC, aux articles de la dernière revue, vous avez été nombreux à nous contacter pour nous poser des questions sur l'avenir de la Mutuelle. Luc Boscaro, directeur de la MCF, répond à vos interrogations.



2025 : la MCF face à la réforme de la Protection Sociale Complémentaire (PSC)

La réforme de la Protection Sociale Complémentaire constitue un tournant majeur pour l'ensemble des mutuelles historiquement dédiées aux agents de la fonction publique. En instaurant une relation désormais portée par l'employeur, elle remet en question des modèles construits de longue date sur un lien direct avec les adhérents et une forte mutualisation intergénérationnelle. Dans ce contexte, la MCF a été particulièrement attentive aux inquiétudes suscitées par certaines démarches institutionnelles, notamment les courriers promotionnels adressés directement à nos adhérents retraités.

Ces initiatives ont pu générer de l'anxiété et la Mutuelle a tenu à vous accompagner et à vous apporter des éléments de compréhension et de recul en novembre dernier.

Une santé financière pilotée sur la durée

Afin de préserver les équilibres techniques de la Mutuelle du fait de la mise en œuvre de la PSC, la MCF se devait de résoudre le problème de la fin du mécanisme de solidarité intergénérationnelle existant jusque-là. En effet, ce dernier reposait sur une double solidarité, entre les actifs et les retraités, d'une part et entre les différents niveaux de revenus, d'autre part. Cet équilibre est perturbé par le départ de nombreux actifs du fait de la mise en œuvre de la PSC. En vue de définir un nouveau point d'équilibre technique, l'Assemblée générale a décidé de réajuster de 9 % les cotisations des garanties santé. La MCF a par ailleurs fait le choix de conserver une tarification fondée sur les revenus plutôt que sur l'âge, offrant ainsi visibilité et compétitivité à long terme, notamment pour les adhérents les plus âgés.

Sur le plan financier, la situation de la MCF demeure très solide. Fin 2024, son ratio de solvabilité s'élevait à 496 %, bien au-delà de la moyenne nationale des mutuelles contrôlées par l'ACPR (269 %). S'appuyant sur sa solidité, la Mutuelle conservera une capacité à servir ses adhérents tout en faisant face à des conjonctures difficiles et en maintenant une gestion humaine, personnalisée et de proximité.

Des perspectives d'activité

À l'horizon fin 2026, le déploiement de la PSC entraînera mécaniquement une diminution du nombre de personnes assurées, diminution estimée à environ 2 800 en santé et 1 000 en prévoyance, soit environ 18 % des personnes protégées. Face à cette évolution, le Conseil d'administration a choisi une stratégie volontaire : rester fidèle aux adhérents historiques tout en élargissant la base des retraités de la fonction publique et en participant, de manière raisonnée, à de nouveaux appels d'offres en partenariat avec des mutuelles partageant les mêmes valeurs. Cette diversification vise à renforcer les perspectives de la MCF et à éviter, à l'avenir, des ajustements tarifaires contraints.

Un avenir sécurisé

La robustesse financière de la MCF nous permet d'envisager sereinement l'avenir. D'ici fin 2027, une analyse approfondie sera menée pour évaluer l'avancement de notre repositionnement dans le respect de l'intérêt de nos adhérents fidèles.

En conclusion, la MCF reste un pilier de solidarité et de sécurité pour ses adhérents. Grâce à une gestion rigoureuse, une vision stratégique claire et une attention constante portée à vos besoins, nous sommes déterminés à écrire ensemble les prochaines pages de notre histoire commune.

NB : L'augmentation des cotisations décidée par l'Assemblée générale a été votée avant l'instauration par le Parlement d'une taxe sur les complémentaires santé pour rééquilibrer les comptes de la Sécurité sociale. Le Conseil d'administration de la Mutuelle a considéré qu'en dépit des perspectives tendues pour l'exercice 2026, il n'y avait pas nécessité de répercuter ce prélèvement sur les adhérents par une majoration supplémentaire des cotisations.



UNE QUESTION CONCERNANT VOS REMBOURSEMENTS



Pourquoi mon remboursement ne correspond pas à la valorisation du devis que vous m'aviez envoyée ?

La valorisation d'un devis est effectuée en fonction des informations qu'il comporte.

- **la qualité des praticiens** : OPTAM, non-OPTAM (Option Tarifaire Maîtrisée). Un praticien OPTAM s'est engagé par contrat vis-à-vis de la Sécurité sociale à pratiquer des tarifs raisonnables, et la loi interdit aux complémentaires de rembourser autant un non-OPTAM qu'un OPTAM. La qualité OPTAM d'un praticien est parfois précisée sur le devis, mais il arrive qu'un praticien soit OPTAM dans une clinique et pas dans une autre... C'est un point à se faire préciser par l'établissement hospitalier ou la secrétaire ou à vérifier en ligne sur l'annuaire ameli.
- **les codes actes**. Le devis comporte des codes actes qui eux-mêmes correspondent à des Bases de Remboursement (BR)¹. Si les codes actes de la facture ne sont pas ceux du devis, les remboursements ne sont pas ceux qui étaient prévus. Parfois l'établissement ou le praticien qui a établi le devis ont manqué de rigueur ; mais le plus souvent le praticien a découvert au cours de l'intervention qu'il devait réaliser des actes différents de ceux prévus au départ. Cela peut expliquer des différences entre le devis et la facture finale.

Quoi qu'il en soit, la Mutuelle est une complémentaire santé, c'est-à-dire que fondamentalement elle complète les remboursements de la Sécurité sociale. La MCF attend « le flux de la Sécurité sociale » (transmission informatique) pour connaître les codes actes que celle-ci a retenus, puis elle suit ces codes actes pour appliquer la grille de remboursement que vous avez souscrite. (Les grilles de remboursement sont disponibles sur la notice que vous trouverez dans votre espace adhérent).

En d'autres termes, la valorisation d'un devis n'est exacte que si la facture reprend exactement les informations du devis.

Dernière précision : les devis sont informatifs. Ils vous permettent de gérer votre budget. Ce ne sont pas des accords pour réaliser des soins (aucune mutuelle ne peut vous autoriser ou vous interdire de réaliser un soin). Vous êtes libre de vous soigner comme vous l'entendez, où vous le souhaitez. Votre complémentaire se borne à vous rembourser selon sa grille de garanties.

¹ Les codes se trouvent ici : ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php.



DU NOUVEAU DANS LES STATUTS DE LA MCF

S'adapter au nouveau contexte : une réforme des statuts votée en juin et novembre 2025



En 2025, votre Mutuelle a enrichi sa stratégie pour s'adapter aux évolutions du secteur et mieux répondre à vos besoins.

Concrètement, ses statuts ont été mis à jour pour :

- maintenir un lien avec les adhérents qui doivent souscrire aux contrats collectifs obligatoires de la PSC ;
- accueillir (si besoin) des personnes morales dans sa gouvernance ;
- pouvoir réaliser des opérations de réassurance ;
- ouvrir ses services aux entreprises de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS : mutuelles, coopératives, associations), ainsi qu'à leurs salariés.

Les règlements mutualistes ont aussi évolué :

- pour rééquilibrer les résultats techniques des contrats « santé » souscrits par les adhérents retraités ;
- pour lancer une nouvelle garantie « Perte de Rémunération » en complément de l'offre de base de la PSC du ministère des Finances ;
- pour améliorer la garantie Perte de Rémunération (incapacité-invalidité) dite classique.



PROPOSITION D'ADHÉSION POUR LES CONJOINTS RETRAITÉS


En novembre, tous les retraités adhérents à la MCF ont reçu une lettre du président Jean-Louis Bancel.

Tous les retraités étaient destinataires, mais cette lettre était une réponse à un courrier du ministère des Finances à ces anciens agents. Bien évidemment, si vous n'étiez pas agent retraité du ministère des Finances, il vous manquait un élément de contexte...

Pourquoi avoir écrit à tous les retraités ? Pour des raisons de respect de la vie privée (RGPD), la MCF ne conserve pas en base le ministère d'origine de ses retraités. Nous n'avions pas les moyens de savoir à qui le ministère avait écrit. Le président a donc tourné son courrier de façon générale, mais ce qu'il visait, c'était une proposition commerciale d'Alan promue par le ministère des Finances, proposition suffisamment ambiguë pour que son statut obligatoire ou facultatif ne soit pas évident au premier coup d'œil. Cela a généré beaucoup d'interrogations qui, survenant au moment où les actifs du ministère étaient eux-mêmes demandeurs, a considérablement engorgé le standard téléphonique. Nous vous prions de nous excuser pour tous les retards à vous répondre ; nous continuons à traiter vos messages ; nous répondrons à tous et tout sera traité en fonction de la date de votre demande (et non de notre saisie).

Une phrase de M. Bancel aux retraités a plus particulièrement suscité des questions : que signifiait « *Si vous avez un conjoint et que vous vous affiliez tous les deux à la MCF, la proposition financière de la MCF est également plus intéressante.* »

Cette phrase a généré beaucoup d'incompréhension. Elle était destinée aux adhérents retraités dont le conjoint n'est pas adhérent à la MCF.



Oui, mon conjoint peut adhérer à la MCF !

Dans les années précédentes, un conjoint avait cinq ans pour rejoindre la MCF après son passage à la retraite ou le passage à la retraite de l'adhérent MCF. Passé ces cinq années, il fallait faire une demande d'adhésion exceptionnelle, et celle-ci était rarement acceptée.

L'intention de M. Bancel dans son courrier était d'annoncer une « porte ouverte » : **pendant deux ans les conjoints non-adhérents des retraités adhérents peuvent souscrire leur propre contrat à la MCF au même tarif que leur conjoint.** S'ils ont moins de 70 ans, ils seront également adhérents à la garantie dépendance.

Ce que voulait dire M. Bancel, c'est : **deux contrats santé MCF seront toujours moins chers que deux contrats Alan.**

Tous les conjoints de retraités sont concernés. À cette occasion nous serons heureux de vous aider à résilier l'actuelle assurance santé de votre conjoint. D'autre part, n'hésitez pas à utiliser le bouton « devis » sur le site de la MCF (mutuellemcf.fr) qui peut vous permettre d'adhérer en ligne.

RAPPEL

Agent du ministère des Finances, vous pouvez adhérer à tout moment à la garantie « Perte de Rémunération complémentaire » pour compléter le socle de la GMF.

- Retrouvez les documents d'adhésion et un simulateur de cotisation dans votre espace adhérent ou sur le site de la MCF (mutuellemcf.fr)
- N'hésitez pas à partager l'information avec vos collègues qui ne connaissent pas la MCF.

Agents des autres ministères : vous aussi, vous pouvez compléter le socle de votre contrat collectif facultatif par cette garantie – ou plus simplement conserver la garantie « PR classique » MCF qui inclut l'invalidité.





CONNAISSEZ-VOUS CES QUELQUES GRANDS PRINCIPES D'ASSURANCE ?

L'assurance est un monde méconnu. Pourtant il obéit à quelques règles simples et logiques. En voici quelques-unes, illustrées par des cas pratiques.

➤ Pour qu'il y ait assurance, il faut qu'il y ait risque. Quelque chose de certain n'est pas assurable. C'est pour cela que la cotisation de la garantie Capital Décès devient extrêmement élevée à partir de 70 ans : la réalisation du risque devient de plus en plus certaine. Ce n'est plus vraiment de l'assurance.

➤ En cohérence avec cette notion de risque, le dommage ne peut pas être un dommage que vous vous causez à vous-même. Par exemple, en assurance automobile, la seule personne non assurée par défaut est le conducteur : pour être couvert en cas d'accident responsable, le conducteur doit souscrire une garantie « conducteur ». En effet, si le conducteur est responsable de l'accident, celui-ci est considéré comme un dommage causé à lui-même. Il n'est donc pas couvert. En revanche, la garantie responsabilité civile (RC) du conducteur couvre les dommages causés à ses passagers. Exception : la loi française établit qu'un an après la souscription d'un contrat capital décès, le suicide du souscripteur n'empêche pas les bénéficiaires de percevoir le capital prévu par le contrat.

➤ De même, toute la population ne peut pas être touchée en même temps : si toutes les personnes devaient être indemnisées en même temps, alors logiquement la cotisation serait égale à l'indemnisation. C'est comme le loto : si tout le monde gagnait, le coût du ticket serait égal à la somme gagnée. C'est pour cela que les événements qui touchent toute une population, comme les guerres, les épidémies, les accidents nucléaires, sont systématiquement exclus.

➤ Tout peut être assuré ; il faut simplement « tarifier le risque » : le sourire de George Clooney, les jambes de Julia Roberts, la Joconde... Tout peut être assuré, mais parfois la cotisation devient si élevée que les personnes préfèrent courir le risque sans assurance. C'est aussi l'un des enjeux de la judiciarisation de la médecine : si les indemnisations en cas d'erreur médicale deviennent très élevées, les cotisations le deviennent aussi et donc les honoraires de certains spécialistes.

➤ Le tarif va dépendre du coût (ce qu'il va falloir rembourser ou compenser) et de la fréquence. Les statistiques jouent un grand rôle pour établir ces données. Par exemple, un conducteur a un accident tous les 10 à 15 ans (voir <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr>), un dégât des eaux survient en moyenne tous les 27 ans. La fréquence des vols dans les habitations dépend des départements, de la ville, de la campagne, etc.

➤ En simplifiant beaucoup, il y a deux façons d'établir un tarif : prendre le coût global des sinistres et le diviser entre tous les assurés pour établir la cotisation – c'est de la mutualisation ; ou faire payer chacun pour le risque qu'il représente, c'est de l'assurance. Dans les faits, chaque organisme assureur choisit la quantité de solidarité (mutualisation) et d'individualisation (assurance) qu'il met en œuvre. Par ailleurs, en France, l'État organise une solidarité cachée : votre prime auto comprend une garantie pour couvrir les sinistres causés par des conducteurs non assurés, votre assurance habitation comprend une cotisation pour les catastrophes naturelles et pour les victimes d'attentat, etc.

➤ En santé, la deuxième solution (chacun paie son risque) mènerait à rendre inassurable les plus malades, puisque représentant le risque le plus grand (le coût et la fréquence les plus élevés), ils auraient les cotisations les plus élevées. Il faut beaucoup de non-malades pour couvrir les plus malades.

En France, les pouvoirs publics sont intervenus pour mettre en place des garde-fous : par exemple, la convention AERAS (aeras-infos.fr) protège les plus fragiles et leur permet d'assurer leur prêt immobilier. En échange d'une taxation plus faible, les organismes assureurs qui proposent des contrats « solidaires et responsables » ne soumettent pas leurs assurés à un questionnaire de santé à la souscription. Par ailleurs, ils ne peuvent pas résilier leurs assurés ou adhérents pour une autre cause que le non-paiement des cotisations. Ce n'est pas le cas en auto ou en habitation, où vous pouvez être résilié pour des accidents ou des sinistres trop fréquents, y compris si vous n'en êtes pas responsables.



➤ Tous les acteurs de l'assurance surveillent un ratio technique : le S/P (ratio « sinistres » à « primes ») ou, en santé, le ratio P/C (« prestations » sur « cotisations »). Celui-ci ne doit pas être supérieur à 100, c'est-à-dire que les prestations versées doivent être inférieures ou égales aux cotisations perçues. Dans le cas contraire, la garantie ou le contrat est techniquement déficitaire, c'est-à-dire sous-tarifé. Idéalement il faut être autour de 80 ou 85 afin de dégager une marge pour payer les charges (salaires, loyer, informatique, etc). Cependant les organismes ont d'autres sources de revenus, notamment des produits financiers. Ainsi, une augmentation de cotisation peut signifier que l'organisme veut augmenter ses profits – ou équilibrer ses comptes. De même, un reversement de cotisation signifie que les prestations versées ont été inférieures aux prévisions – ou que les cotisations étaient trop élevées à l'origine.



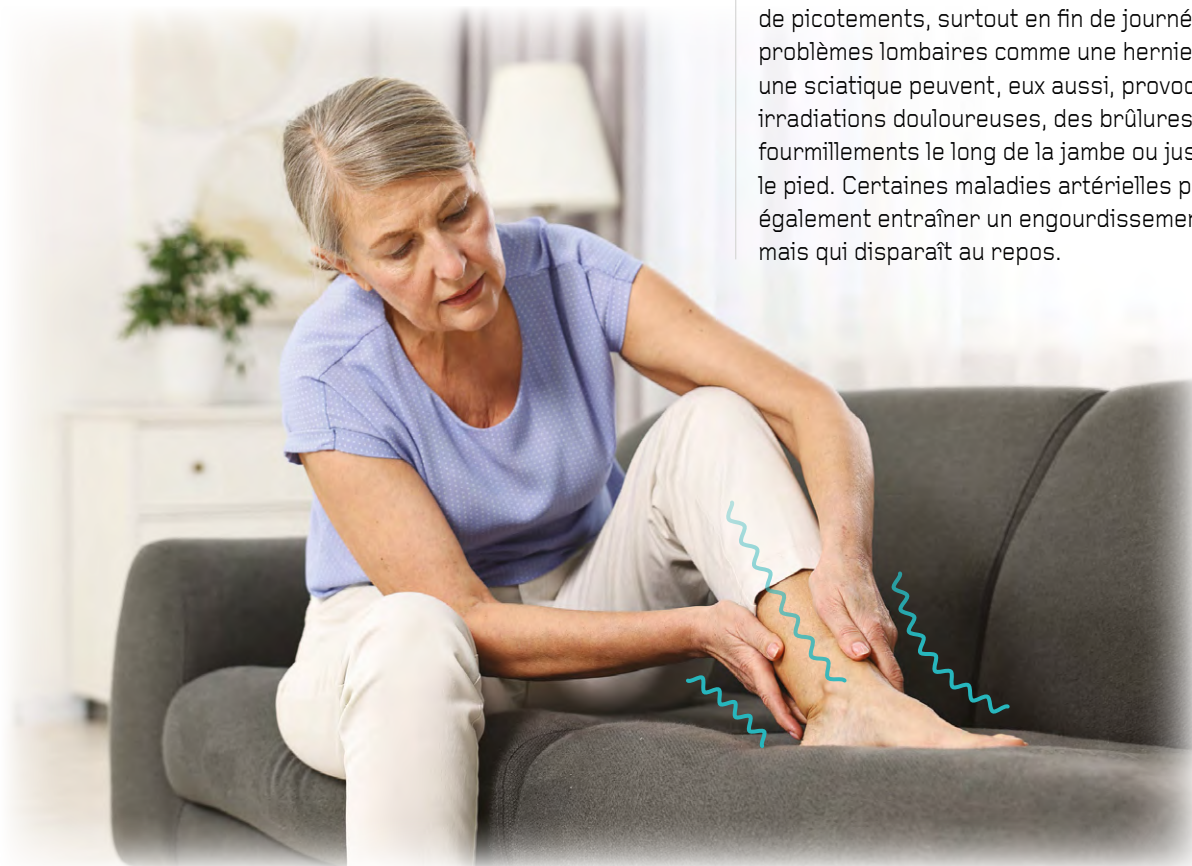
FOURMILLEMENTS DANS LES JAMBES quand s'inquiéter ?

Picotements, engourdissements, sensations de fourmis dans les orteils ou les mollets... On les appelle paresthésies dans le langage médical. Et si elles sont fréquentes, elles sont aussi bien souvent transitoires. Ces fourmillements peuvent toutefois révéler un problème neurologique ou vasculaire.

Rester assis longtemps, croiser les jambes, écraser son bras sous sa tête ou porter des vêtements très serrés... Autant de situations qui peuvent engourdir nos membres ou provoquer des fourmillements passagers. Cette sensation de membre endormi est appelée paresthésie. Elle est provoquée par la compression d'un nerf et disparaît généralement en bougeant. Mais lorsqu'elle persiste, les engourdissements requièrent une consultation : ils peuvent relever de la médecine vasculaire, de la neurologie ou de la rhumatologie.

Les causes fréquentes des fourmillements...

En dehors d'une mauvaise position, plusieurs troubles peuvent être en cause. Le plus fréquent est une mauvaise circulation veineuse : celle-ci peut s'accompagner de lourdeurs, d'œdèmes et de picotements, surtout en fin de journée. Des problèmes lombaires comme une hernie discale ou une sciatique peuvent, eux aussi, provoquer des irradiations douloureuses, des brûlures ou des fourmillements le long de la jambe ou jusque dans le pied. Certaines maladies artérielles peuvent également entraîner un engourdissement à l'effort, mais qui disparaît au repos.



ES ET LES PIEDS :

Que faire pour les éviter ?

En cas de sédentarité, des gestes simples suffisent : levez-vous et marchez un peu toutes les heures, étirez-vous régulièrement. Surélever les jambes au repos quand c'est possible est aussi une bonne initiative : en effet, l'immobilité prolongée et le croisement des jambes provoquent la stagnation des liquides dans les membres inférieurs.



En cas de symptômes évocateurs d'insuffisance veineuse (gonflement des chevilles, lourdeur...), qui peuvent s'amplifier par temps chaud, la marche et les douches fraîches sont efficaces. Si besoin, les bas, les chaussettes ou les collants de contention exercent une pression dégressive pour aider à réduire le gonflement.

Neuropathies et carences

Les atteintes des nerfs périphériques, appelées neuropathies, sont une cause fréquente de paresthésies persistantes. Dans le diabète, elles débutent souvent par des sensations anormales aux pieds, qui remontent progressivement le long de la cheville. Certaines carences, notamment en vitamine B12, favorisent aussi ces symptômes : les nerfs sont lésés, ce qui se manifeste par des picotements des mains et des pieds, parfois avec des troubles de l'équilibre ou de la marche. Un simple dosage sanguin permet de confirmer le déficit, qui se corrige par une supplémentation. Une consommation excessive d'alcool peut, elle, causer



Quand faut-il consulter ?

La plupart du temps, ces fourmillements sont bénins, mais certains symptômes doivent pousser à consulter sans tarder. Si la paresthésie se prolonge, sans cause évidente, ou qu'elle s'accompagne d'un œdème ne touchant qu'une jambe, avec rougeur, sensation de chaleur et fossé à la pression, il faut vite agir. Cela peut en effet être un risque de thrombose veineuse. S'il y a des troubles moteurs ou de la vigilance associés à un engourdissement, ainsi qu'une faiblesse d'un côté du corps, il faut également consulter rapidement pour éliminer le risque d'AVC ou AIT.



une neuropathie alcoolique, nécessitant un bilan complet. Il faut aussi savoir que les paresthésies figurent parmi les effets secondaires de certains traitements lourds, comme la chimiothérapie.

Enfin, le syndrome des jambes sans repos est un trouble neurologique se traduisant par des picotements inconfortables le soir, imposant de bouger pour être soulagé. Des traitements médicamenteux existent. ■

Justine Ferrari



DÉCHETS MÉDICAUX : où les jeter ?

Masques froissés au fond du sac, autotests Covid et seringues d'insuline dans la poubelle de la salle de bains ou encore médicaments périmés au fond d'un placard... Mais où faut-il vraiment les jeter ? Mal éliminés, ils peuvent polluer l'environnement ou blesser les agents de collecte. Tour d'horizon des solutions pour s'en débarrasser sans risque.

Masques et autotests : direction la poubelle classique

Les masques chirurgicaux ou même FFP2 ont envahi nos vies depuis la pandémie. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, ils vont dans la poubelle des ordures ménagères classiques, pas dans le tri sélectif. Tout comme les mouchoirs et les gants jetables, emballez-les dans un sac plastique avant de les jeter pour limiter les risques de contamination des agents de collecte. Même règle pour les autotests Covid ou encore les tests de grossesse périmés ou utilisés : ils contiennent des réactifs chimiques et des composants en plastique non recyclables. Ne les cassez pas, ne les démontez pas : enfermez-les dans leur emballage d'origine ou dans un sachet plastique, puis jetez le tout. Enfin, les protections hygiéniques, couches ou lingettes de soins du corps vont, elles aussi, dans la poubelle classique.

Pansements, compresses et bandages : moins de risques ?

Les pansements souillés, compresses usagées et bandages ne nécessitent généralement pas de précautions particulières. Placez-les dans un sac plastique bien fermé, puis jetez-les avec vos ordures ménagères. Mais ce n'est pas pareil pour les pansements de patients suivis à domicile après une



chirurgie lourde ou une chimiothérapie. Ces déchets peuvent contenir des résidus de médicaments cytotoxiques ou des germes résistants. Votre infirmière ou votre service de soins à domicile doit normalement vous fournir des conteneurs spécifiques et organiser leur collecte. Ne prenez pas d'initiative : demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Objets piquants et tranchants : une filière spécifique

Seringues, aiguilles, lancettes et stylos pour diabétiques, cathéters, etc., tous ces déchets sont considérés comme des DASRI (déchets d'activités de soins à risques infectieux). Ils ne doivent jamais finir à la poubelle, au risque de blesser quelqu'un. Il existe des bacs spéciaux pour eux. En effet, des boîtes jaunes à aiguilles sont disponibles gratuitement en présentant son ordonnance de traitement dans les pharmacies. Une fois remplie, la boîte doit être rapportée dans n'importe quelle pharmacie qui dispose d'un point de collecte. Le pharmacien se chargera ensuite de l'acheminer vers une filière d'élimination spéciali-

sée. Pour trouver le point de collecte le plus proche, une carte interactive est à disposition sur le site dastri.fr.

Médicaments périmés : retour à la pharmacie

Sirops entamés, plaquettes de comprimés périmés, crèmes ouvertes depuis trop longtemps... méritent aussi une attention particulière. En effet, les médicaments non utilisés ne se jettent pas, ils se rapportent. Ces substances actives polluent les eaux et perturbent les écosystèmes aquatiques. Hors de question de les jeter dans l'évier ou les toilettes. Des traces d'antibiotiques, d'hormones et d'antidépresseurs sont régulièrement détectées dans nos rivières. Ainsi, toutes les pharmacies collectent gratuitement les médicaments dans le cadre du dispositif Cyclamed. Pensez à les rapporter mais sans leur emballage en carton ni leur notice, à jeter dans le tri sélectif. Chaque année, entre 7 000 et 10 000 tonnes de médicaments sont récupérés de cette manière et incinérés pour produire de l'énergie. ■

Justine Ferrari

UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PROTHÈSES CAPILLAIRES !

À partir du 1^{er} janvier 2026, la prise en charge des prothèses capillaires sera renforcée, offrant un véritable soutien aux patients confrontés à la perte de cheveux ou à l'alopecie.

Issue de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2023, cette réforme facilite l'accès à des prothèses plus variées, confortables et de qualité, tout en réduisant le reste à charge. Elle contribue à préserver non seulement l'esthétique mais aussi la confiance en soi, la vie sociale et la réintégration professionnelle. Les prothèses seront classées en quatre catégories selon leur composition : classe I (fibres synthétiques, remboursées à 100 %), classe II (au moins 30 % de cheveux naturels, intégralement remboursées), classe III (50 % de cheveux naturels, reste à charge encadré) et classe IV (100 % naturelles, partiellement remboursées). Cette mesure marque un pas concret vers un accompagnement plus humain et équitable. ■

Sophie Lupin

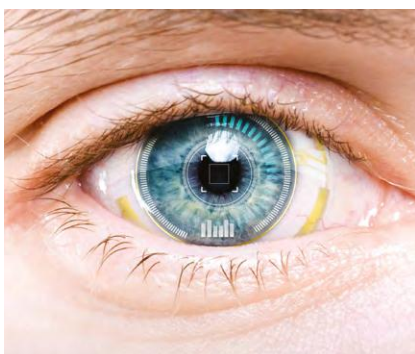


UN IMPLANT SOUS-RÉTINIEN POUR TRAITER LA DMLA !

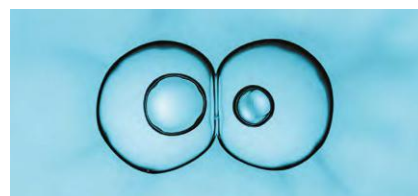
La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est la principale cause de cécité dans le monde, touchant surtout les personnes de plus de 60 ans. Elle détruit la macula, responsable de la vision fine, et la forme atrophique entraîne une perte irréversible de la vision centrale.

Une nouvelle avancée médicale offre un réel espoir. Le système Prima, testé en France par l'Inserm, Sorbonne Université et le CNRS, a permis à plus de 80 % des participants de retrouver partiellement leur vue et de lire lettres, chiffres et mots. Il combine un implant sous-rétinien et des lunettes à réalité augmentée. La caméra des lunettes capture les images, un logiciel les améliore, puis un faisceau infrarouge active l'implant, qui stimule les cellules nerveuses restantes pour transmettre la lumière au cerveau. Les résultats sont publiés dans le *New England Journal of Medicine*. ■

Sophie Lupin



DES CHERCHEURS ONT RÉUSSI À CRÉER DES OVOCYTES HUMAINS !



Des scientifiques de l'Oregon Health & Science University (OHSU) ont accompli une prouesse : créer des ovules humains fonctionnels à partir de simples cellules de la peau. Ils sont même parvenus à en féconder certains, permettant leur développement jusqu'aux premiers stades embryonnaires. Concrètement, les chercheurs ont prélevé le noyau d'une cellule cutanée humaine – contenant la majorité du patrimoine génétique – pour l'implanter dans un ovule donneur dont le noyau avait été retiré. Résultat : 82 ovocytes ont pu être créés, puis fécondés en laboratoire. Cependant la plupart des débuts d'embryon obtenus présentaient des anomalies chromosomiques. L'équipe a alors mis au point un processus appelé « mitomeiosis » qui imite la division cellulaire naturelle et élimine les chromosomes en excès. La perspective d'une application clinique reste encore très lointaine mais cette étude, publiée dans *Nature Communications*, marque un tournant dans la recherche sur la reproduction. ■

Sophie Lupin



Toute l'équipe de la MCF
vous souhaite une très belle année !



La mutuelle de tous les agents publics et leurs proches

www.mutuellemcf.fr