



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2019 –

**“QUEL AVENIR POUR LA PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE DANS LA FONCTION
PUBLIQUE HOSPITALIÈRE ?”**

– Groupe n°16 –

Sabrina BELDOIANTZ

Rayane KHOUHLI

Steven BOBE

José LOPES ANDRADE

Lucile COMBES

Véronique MAXENCE

Paul GOUVINE

Florent POIRET

Yannick JESTIN

Animateur

Gaël CORON

Sommaire

Introduction	5
1. Méthodologie	7
1.1 La démarche d'organisation et les limites de l'étude	7
1.2 Les outils d'enquête	7
1.3 Les limites de l'étude	9
1.4 L'exploitation des données	10
2. Etat des lieux dans la fonction publique hospitalière	11
2.1 Éclairage historique de la construction d'une couverture complémentaire maladie	11
2.2 Une protection sociale complémentaire spécifique qui repose sur des acquis historiques	14
3. Les enjeux politiques, financiers, sociaux et sanitaires liés au projet de réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière	17
3.1 Une volonté politique de faire appliquer la loi de 2007	17
3.1.1 Le projet de loi « transformation de la fonction publique »	17
3.1.2 Le rapport des trois corps d'inspection (IGF, IGA et IGAS) sur la protection sociale des fonctionnaires	18
3.1.3 Le référé de la Cour des comptes du 14 février 2018 (Annexes XI & XII)	18
3.2 Des organisations syndicales dans l'attente mais sur des positions affirmées	19
3.2.1 La protection sociale complémentaire dans le cadre du dialogue social	19
3.2.2 L'accès des agents à la santé	21
4. Le déploiement d'une protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière confronté aux réalités des établissements de santé	22
4.1 Une actuelle quasi-inexistence d'application d'une protection sociale complémentaire en raison de difficultés structurelles	24
4.2 La protection complémentaire santé comme levier d'attractivité et de gestion dynamique des ressources humaines des établissements	25
4.3 Des points de vigilance à considérer : inégalités, qualité des soins et spécificité	27
4.3.1 Un risque d'aggravation des inégalités dans l'hypothèse d'une gestion locale	27
4.3.2 Une protection complémentaire santé dans une logique de marché sans détériorer l'accès aux soins	29
4.3.3 La spécificité de la fonction publique hospitalière pour éviter les approches verticales et monolithiques	30
5. Des constats aux préconisations	32
5.1 Cadrage et recommandations de l'équipe de travail	32
5.2 Les scénarii envisagés	33

Conclusion	38
Bibliographie	40
Liste des annexes	44
ANNEXE I	45
Fiche du MIP “Fonction publique hospitalière et protection sociale complémentaire”	45
ANNEXE II	47
Grille d’entretien DRH	47
ANNEXE III	48
Grille d’entretien Assureurs / Mutuelles	48
ANNEXE IV	49
Grille d’entretien Direction générale de l’offre de soins (DGOS)	49
ANNEXE V	50
Grille d’entretien Organisations syndicales	50
ANNEXE VI	51
Questionnaire sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière	51
ANNEXE VII	53
Résultat du questionnaire Protection sociale complémentaire	53
ANNEXE VIII	60
Entretien du 6 Mai 2019 – Ancienne déléguée régionale CGOS	60
ANNEXE IX	62
Entretien avec Luc Pierron - Conseiller du Président de la Mutualité Française - 8 Mai 2019 - Durée 1 heure	62
ANNEXE X	71
Entretien avec Philippe MARIN – Enseignant-chercheur EHESP, Ancien Président du CGOS	71
ANNEXE XI	75
Référé de la Cour des comptes du 14 février 2018	75
ANNEXE XII	83
Réponse du 1er ministre du 20 avril 2018 au référé	83
ANNEXE XIII	86
Article 44 de la loi du 9 janvier 1986	86

Remerciements

Nous tenons à remercier vivement l'animateur de notre groupe Monsieur Gaël CORON, enseignant-chercheur à l'EHESP, pour son soutien et ses précieux conseils avisés tout au long de notre travail de recherche.

Nous adressons également nos remerciements à l'ensemble des professionnels sollicités pour leur disponibilité, leurs conseils et l'intérêt qu'ils ont manifesté à l'égard de notre travail ainsi que les personnes qui ont répondu à notre questionnaire.

Nous tenons à remercier l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et tout particulièrement l'équipe chargée de l'organisation de ce module interprofessionnel (MIP) pour nous avoir donné l'opportunité de travailler en interfiliarité et pour les moyens mis à disposition permettant de mener à bien nos travaux.

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'administration hospitalière
AGOSPAP	Association pour la gestion des œuvres sociales des administrations parisiennes
ANI	Accord national interprofessionnel
AP-HP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CGOS	Comité de gestion des œuvres sociales
CGT	Confédération générale du travail
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CT	Collectivités territoriales
D3S	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DH	Directeur d'hôpital
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
DS	Directeur des soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
FHF	Fédération hospitalière de France
FO	Force ouvrière
FP	Fonction publique
FPE	Fonction publique d'Etat
FPH	Fonction publique hospitalière
FPT	Fonction publique territoriale
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
MIP	Module interprofessionnel
MNH	Mutuelle nationale des hospitaliers
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PSC	Protection sociale complémentaire
QVT	Qualité de vie au travail
SYNCASS	Syndicat des cadres de direction, médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés

Introduction

L'accord national interprofessionnel (ANI) négocié par les partenaires sociaux français en janvier 2013 introduit dans son premier article le principe d'une généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés. Cette disposition, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, a mis le sujet de la protection sociale complémentaire (PSC) sur le devant de la scène. En pratique, depuis cette date, les employeurs privés ont l'obligation de proposer à leurs salariés une complémentaire santé dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire. Ils ont l'obligation de participer à hauteur de minimum 50% de la cotisation. Ces contrats doivent couvrir un panier de soins réglementé par les autorités publiques.

Les agents de la fonction publique (FP) ne sont jusqu'ici pas concernés par cette généralisation. Néanmoins, si l'enjeu de cet accord interprofessionnel était de permettre un meilleur accès aux soins, il est légitime que les agents des trois versants de la FP¹ se saisissent aujourd'hui de cette question et que leurs représentants souhaitent l'inscrire à l'agenda social².

La fonction publique hospitalière (FPH) fait exception dans le paysage de la PSC dans la FP. La loi du 9 janvier 2007 de modernisation de la fonction publique a fait l'objet de décrets d'application dans les deux autres versants de la FP, adaptant les modalités de participation des employeurs publics à la PSC de leurs agents. La FPH n'a pas fait évoluer les dispositifs en l'absence de décret d'application. C'est un sujet sensible, car notamment elle s'est dotée de mécanismes de PSC qui lui sont propres, et qu'un dispositif équivalent à la généralisation de la complémentaire santé du secteur privé aurait un impact très significatif sur les finances publiques. De plus, le secteur public hospitalier exerce ses missions en concurrence avec le secteur privé, qui a de son côté été contraint de généraliser la complémentaire santé pour ses salariés, ce qui pose la question de l'attractivité des établissements publics.

La PSC recouvre les mécanismes de protection contre les différents risques sociaux (maladie, invalidité, vieillesse, charge de famille...) ³ qui complètent les garanties dites « de base » prévues par la Sécurité Sociale.

¹ Luc PIERRON. La protection sociale des fonctionnaires : étude critique d'un régime spécial. Th. Doct. 2016. 2 vol. 1276 p.

² Marie-Cécile RENAULT . « Santé : les fonctionnaires s'estiment lésés par rapport au privé ». Le Figaro, 16 juin 2017.

³ cf encadré 1

Nous nous sommes intéressés, dans le cadre de ce module de travail, sur les conseils de notre animateur, à la couverture du risque maladie et de ses conséquences, considérant que c'est dans ce domaine que des évolutions majeures étaient à prévoir. Notre travail s'intègre néanmoins dans une dynamique globale de rénovation de la PSC des agents de la FPH.

Nos objectifs de travail ont été les suivants : faire un état des lieux des dispositifs et des enjeux autour de cette question, par un recueil d'avis de décideurs hospitaliers, de représentants des partenaires sociaux et des institutions concernées, afin de comprendre les mutations à l'œuvre pour tracer des perspectives et formuler des préconisations.

Il est important de préciser que, si les membres du groupe de travail ont tous manifesté un intérêt pour les questions de protection sociale en choisissant cette thématique, aucun de nous n'est un spécialiste de ces questions, et que nos préconisations et constats sont exprimés avec l'humilité requise.

ENCADRÉ 1

Quelques précisions utiles :

- *De quoi parle-t-on en matière de PSC ?*
 - *Risque maladie et ses conséquences : couverture, en complément de la Sécurité Sociale, le coût des soins de base, ainsi que des éventuels appareillages (lunetterie, dentisterie, audioprothèse...). Il s'agit également de couvrir les conséquences de la maladie en cas de perte de salaire.*
 - *Prévoyance : couverture, en complément d'une éventuelle prise en charge par la Sécurité Sociale, de risques spécifiques : décès, accidents de la vie, invalidité, notamment.*
 - *Vieillesse : couverture de la retraite, en complément de la couverture de base de la Sécurité Sociale, et de besoins liés à l'avancée en âge.*
- *Action sociale dans la FP⁴ :* *Prestations destinées à améliorer les conditions d'emploi, de travail et de vie des agents et leur famille. Il s'agit de l'équivalent des aides du comité d'entreprise dans le secteur privé.*

⁴ Article 9 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2019

1. Méthodologie⁵

1.1 La démarche d'organisation et les limites de l'étude

Compte tenu d'un terrain d'étude ouvert avec un positionnement national complexe assorti d'un agenda contraint, le groupe a initié le travail en amont des dates prévisionnelles. Le groupe a abordé ce MIP comme un travail collectif permettant un échange pluridisciplinaire entre les élèves fonctionnaires issus de quatre filières différentes (DH, D3S, DS, AAH). La taille du groupe et l'interfiliarité a suscité des échanges riches et constructifs. Des temps intermédiaires avec l'animateur ont permis de faire le point et de réajuster le travail de recherche. Nous avons délimité le périmètre d'étude et réparti l'ensemble du travail. Des outils numériques communs ont été élaborés afin de faciliter la communication au sein du groupe de travail. De plus afin de cerner nos recherches, un travail d'appropriation de la littérature a eu lieu. Nous avons exploité différents documents tels que des textes législatifs, des revues professionnelles, des articles de presse sur le sujet ainsi que la documentation afférente aux différentes institutions en lien avec cette thématique.

1.2 Les outils d'enquête⁶

Plusieurs outils de recueil sont à la disposition du « chercheur ». Comme outil principal de recueil des données, nous avons choisi dans un premier temps, l'entretien⁷. Au sens scientifique, l'entretien est une méthode de recherche et d'investigation⁸. Par le biais de cette méthode, l'enquêteur cherche à obtenir des informations sur les attitudes, les comportements, les représentations d'un ou plusieurs individus dans la société⁹. Cette méthode¹⁰ permet « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences* ». L'entretien peut être orienté tout en laissant un espace de discussion à l'interviewé. Nous avons fait le choix de l'entretien semi-directif car il apparaissait plus en lien avec les attentes de ce travail.

⁵ Luc VAN CAMPENHOUDT, Raymond QUIVY, Jacques MARQUET . Manuel de recherche en sciences sociales. 5^{ème} éd. Malakoff : Dunod, 2017. 30 p.

⁶ Maurice ANGERS. Initiation pratique à la méthodologie des recherches. 5^{ème} éd. CEC, 2009. 198 p.

⁷ Alain BLANCHET, Anne GOTMAN. L'entretien : l'enquête et ses méthodes. Paris : Armand Colin, 2010. 128 p. (Coll. 128.)

⁸ Jean-Claude KAUFMANN. L'entretien compréhensif. Paris : Nathan université, 1996. 127 p. (Coll. Sociologie 128.)

⁹ Jean-Claude COMBESSIE. La méthode en sociologie. La découverte, 2007. 128 p. (Coll. Repères.)

¹⁰ Luc VAN CAMPENHOUDT, Raymond QUIVY, Jacques MARQUET. op. cit.

Il se caractérise par le fait qu'il laisse à l'interviewé un espace assez large pour donner son point de vue. L'enquêteur pose des questions et laisse l'enquêté répondre en toute liberté. Le rôle de l'enquêteur dans ce type d'entretien est d'encourager l'informateur à parler et donner davantage d'informations sur la thématique de sa recherche. Les questions posées dans ce type d'entretien sont relativement ouvertes. L'enquêteur doit les recentrer afin de ne pas perdre de vue l'objectif qu'il s'est fixé¹¹. Notre but était de comprendre le positionnement des acteurs d'où le recours aux entretiens semi-directif.

Des tentatives d'entretiens exploratoires auprès de Directeur des ressources humaines nous ont permis de constater une certaine réserve sur la problématique de la PSC au sein de la FPH. Cette réserve s'est manifestée par des refus d'entretien au motif : « sujet intéressant mais pas à l'ordre du jour », « sujet intéressant mais pas de moyen financier pour le faire ».

Au vu de ses difficultés nous avons décidé d'établir en parallèle des entretiens un questionnaire afin d'interroger les acteurs dirigeants des institutions sanitaires et médico-sociales publiques via le logiciel Google Forms sur cette thématique. En effet, pour mieux comprendre la situation et s'adresser à plus d'acteurs, l'outil questionnaire¹² nous a semblé adapté à l'objet de notre étude du fait des possibilités d'avoir des données tant quantitatives et qualitatives par les questions ouvertes de notre grille d'entretien. Le questionnaire est une méthode de recueil d'informations mise en place afin d'expliquer et de comprendre des faits¹³.

Ce questionnaire comprend douze questions¹⁴, dont onze questions fermées avec un item "autre" afin de permettre au locuteur de donner d'autres propositions¹⁵. L'enquête par questionnaire est un outil d'observation qui permet de quantifier et comparer l'information. Cette information est collectée auprès d'un échantillon représentatif de la population visée par le sujet de recherche.

Nous avons établi un échantillonnage probabiliste qui consiste à la sélection d'un sous-ensemble de la population de la recherche.

¹¹ Alain BLANCHET, Anne GOTMAN. op. cit.

¹² Jean-Claude COMBESSIE. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris : Nathan université, 1992. 127 p. (Coll. Sociologie 128.)

¹³ Jean-Claude COMBESSIE. Op. cit.

¹⁴ Grille du questionnaire

¹⁵ Jean-Claude COMBESSIE. ibid.

Un listing d'adresses courriel de 1800 dirigeants (Directeur Général, Directeur général Adjoint, Directeur des Ressources Humaines, Directeur Financier, Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social...) a pu être réalisé sur l'ensemble du territoire national via le site de la Fédération Hospitalière de France (FHF).

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé auprès d'un petit échantillon de répondants afin d'en valider la compréhension et la pertinence¹⁶.

Lors de l'envoi du questionnaire par voie électronique, nous avons été confrontés aux difficultés d'un certain nombre d'adresses de messagerie générique, d'adresses courriel non attribuées suite à un changement d'affectation ou erronée, et à une politique de protection des boîtes courriels avec un retour nécessitant d'entrer des codes pour signifier que nous n'étions pas un robot. Nous avons eu un retour de 240 réponses.

L'échantillon des entretiens a été constitué à partir des différents acteurs que l'on avait identifiés lors de notre recherche documentaire. Seize entretiens ont été réalisés dont trois physiques et douze par téléphone sur vingt-quatre sollicitations. Ces entretiens ont été menés selon des grilles d'entretien réalisées en amont en fonction des personnes interviewées (grilles d'entretien des annexes N°II, III, IV, V). Il a été difficile d'obtenir des rendez-vous sur la courte période du module et notamment par le fait que les deux premières semaines du module correspondaient à une semaine de vacances scolaires pour la région parisienne et à la présence calendaire de deux jours fériés en milieu de semaine. Tous les entretiens ont fait l'objet de comptes rendus synthétiques ou de retranscription littérale¹⁷ (en veillant à préserver l'anonymat) à destination de l'ensemble du groupe.

1.3 Les limites de l'étude

Cette recherche a été limitée par le fait que le sujet est "sensible" dans un contexte de modernisation de la FP en général, et de la FPH en particulier, d'autant qu'elle touche à une réorganisation historique des différentes organisations et acteurs du système de protection : sociale, prévoyance et retraite.

¹⁶ François De SINGLY. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris : Nathan université, 1992. 127 p. (Coll. Sociologie 128.)

¹⁷ Alain BLANCHET, Anne GOTMAN. Op. cit.

En parallèle, il est à noter que notre thématique intervient dans un calendrier où un rapport des trois corps d'inspection (IGF, IGA et IGAS) est en cours d'instruction. Ce rapport devrait être communiqué courant juin 2019.

Par ailleurs, lors des entretiens nous avons perçu une réserve de la part des personnes interviewées au regard de l'état des lieux attendu. Certains acteurs avaient été auditionnés par les membres de la commission IGA et IGF. Pour illustration, plusieurs interviewés nous ont demandé à ce que l'échange reste confidentiel : *«Voilà, tout ça, tout ce que je vous dis cela reste entre nous, parce que ce n'est pas officiellement décidé par nos organes en national »*.

En ce qui concerne le questionnaire, un des principaux biais a été la durée de la campagne n'ayant pas permis de réaliser une relance du questionnaire.

1.4 L'exploitation des données¹⁸

Dans le cadre de notre recherche, au vu de l'ensemble des données recueillies, nous avons souhaité synthétiser l'information afin d'en extraire les éléments essentiels d'un point de vue qualitatif et quantitatif. Ces données permettent de présenter aujourd'hui un état des lieux des réflexions des différents acteurs sur cette thématique.

¹⁸ Maurice ANGERS. Op. cit.

2. Etat des lieux dans la fonction publique hospitalière

2.1 Éclairage historique de la construction d'une couverture complémentaire maladie

Le 22 février 1945, le Général de Gaulle, à la tête du Gouvernement provisoire de la République française, signe l'ordonnance qui crée les comités d'entreprise. L'une de leurs prérogatives est la gestion des activités sociales.

Cependant, rien n'est prévu dans la FPH en la matière. Elle est exclue du droit aux comités d'entreprise. Les organisations syndicales ont proposé la création de comités d'entreprise. Refus catégorique du ministère !

Néanmoins, en 1960, dans un contexte de modernisation hospitalière, de progression des effectifs et d'environnement social précaire, le ministère crée le Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS)¹⁹. Le CGOS est une association paritaire à but non lucratif issue de la loi 1901, au service des agents hospitaliers. Il lui revient de proposer une action sociale, culturelle, sportive et de loisir sur la base d'une contribution annuelle des établissements de santé dont le taux et l'assiette sont fixés par ses ministères de tutelles (santé et cohésion sociale), hors corps médical. Ce taux est aujourd'hui de 1,5% de la masse salariale brute des établissements. La gestion de cette enveloppe est assurée paritaire par les représentants du personnel (syndicats : proportionnellement aux résultats des élections professionnelles) et les représentants des directions adhérentes à la FHF²⁰. Le président est traditionnellement membre de la FHF depuis sa création. Pratiquement la totalité des établissements (2376 en 2016) de la FPH adhère au CGOS (hors Association pour la gestion des œuvres sociales des administrations parisiennes (AGOSPAP) créée en 1981 pour l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) notamment).

L'action du CGOS se fonde sur trois principes²¹ :

- la proximité avec douze délégations régionales depuis 2019,

¹⁹ Michel MOUJART. « Le CGOS aura quarante ans en l'an 2000 ». *Cahiers hospitaliers*, n° 146, mai 1999, p. 8-12

²⁰ Philippe MARIN. « 1924-2004 : 80ème anniversaire de la FHF. Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics. Un modèle de paritarisme ». *Revue hospitalière de France*, 2004, n° 500, p. 72-73.

²¹ Arnaud BERNARDET, André SAURY. « Le comité de gestion des œuvres sociales des hospitaliers (CGOS) : des hommes, des femmes, des valeurs, une parité jamais démentie ». *Les Cahiers hospitaliers*, n° 189, 2003, p. 18-22.

- le paritarisme avec des instances de décisions composées paritairement de représentants de la FHF et des organisations syndicales,
- la solidarité avec la mutualisation des fonds pour servir les différentes prestations.

Historiquement, le CGOS est donc un acteur majeur dont le rôle s'est même renforcé avec le temps²². A l'origine, le CGOS devait uniquement apporter un secours aux agents en difficulté sociale²³. Puis, les prestations se sont diversifiées pour apporter une véritable aide sociale au personnel de la FPH (prestations pour les crèches, études, etc.). Enfin, son rôle est devenu primordial aujourd'hui dans la mesure où le CGOS verse un complément de salaire aux agents en cas de congé maladie à l'issue de l'épuisement de leurs droits de base, à l'image d'une véritable activité de PSC (Entretien avec l'ancien président du CGOS). De plus, créée en 1960, la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) complète historiquement la couverture complémentaire maladie réalisée par le CGOS. En effet, la MNH prend le relais en matière de prestations en espèces, pour ses agents hospitaliers adhérents, après l'intervention du CGOS.

Par ailleurs, l'article 44 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH consacre la gratuité des soins et des produits pharmaceutiques pour les agents sous certaines conditions. Dans cette mesure, les prestations en nature de la couverture complémentaire maladie sont prises en compte.

²² Yvonne GUIOVANNA, Dominique LOISON. « Le C.G.O.S. à l'épreuve de l'histoire ». Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux, 2003, n° 109, p. 33-36.

²³ Arnaud BERNARDET, André SAURY. Op. cit.

ENCADRÉ 2

article 44 de la loi 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH

“Lorsqu'un fonctionnaire en activité est hospitalisé dans l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du présent titre, l'établissement employeur prend à sa charge pendant une durée maximum de six mois le montant des frais d'hospitalisation non remboursés par les organismes de sécurité sociale. Pour une hospitalisation dans un établissement autre que celui où le fonctionnaire est en fonctions, cette charge ne pourra être toutefois assumée qu'en cas de nécessité reconnue par un médecin désigné par l'administration de l'établissement employeur ou sur le vu d'un certificat délivré par l'administration de l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et attestant l'urgence de l'hospitalisation.

Les fonctionnaires en activité bénéficient, en outre, de la gratuité des soins médicaux qui leur sont dispensés dans l'établissement où ils exercent ainsi que de la gratuité des produits pharmaceutiques qui leur sont délivrés pour leur usage personnel par la pharmacie de l'établissement, sur prescription d'un médecin de l'établissement.

L'établissement ou la collectivité publique dont il relève est subrogé dans les droits que détient le fonctionnaire du fait de son affiliation à un régime de sécurité sociale.”

Par conséquent, les acquis historiques de la FPH en matière de couverture complémentaire santé liés au statut de la FPH et au CGOS ont longtemps ralenti le processus de mise en œuvre d'une réelle PSC au sein de ce versant de la FP. Selon l'ancien président du CGOS que nous avons rencontré, les prestations notamment financières versées par le CGOS apparaissent même pour les agents comme un « droit para-statutaire » difficile à remettre en cause.

Cependant, suite à un arrêt de 2005 du Conseil d'État, le Gouvernement a procédé à l'abrogation de l'arrêté Chazelle de 1962 sur lequel se fondaient les administrations pour verser leurs subventions uniquement aux mutuelles de fonctionnaires. La décision du Conseil d'Etat s'appuyait sur la rupture du principe d'égalité entre fournisseurs, car seules les mutuelles de fonctionnaires en bénéficiaient. De plus, le droit européen en matière d'aides d'Etat plaidait également pour la fin de ces dispositions. Cette décision a ouvert la porte à une réforme de la PSC dans les trois versants de la FP²⁴ par la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique. Si les décrets d'application ont été pris pour les fonctions publiques d'État et territoriale, le décret relatif au versant hospitalier n'a toujours pas été pris.

²⁴ Bastien SCORDIA. « Protection sociale complémentaire des agents : où en sont les trois versants ? » Dossier. *Acteurs publics*, n° 133, mai-juin 2018, p.80-91.

ENCADRÉ 3

L'arrêté Chazelle : une abrogation rebattant les cartes de la PSC dans la FP

“L'arrêté du 19 septembre 1962 dit “arrêté Chazelle” fixait les conditions de la participation de l'Etat à la couverture des risques sociaux assurés par les sociétés mutualistes constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'Etat et des établissements publics nationaux. Cependant, en 2005, suite à un recours d'une mutuelle n'ayant pas de subvention publique, le Conseil d'Etat a enjoint au Gouvernement d'abroger l'arrêté Chazelle afin de faire respecter le droit européen notamment sur les règles concurrentielles. Cette abrogation eut lieu par l'arrêté du 13 juin 2006 cosigné par le Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et par le Ministre de la santé et des solidarités. Elle a permis au législateur d'adopter la loi de 2007 de modernisation de la fonction publique impulsant une nouvelle dynamique pour la PSC dans la FP. “

2.2 Une protection sociale complémentaire spécifique qui repose sur des acquis historiques

En vertu de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, l'individu bénéficie d'une protection de sa santé incombant à la nation et le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. Toute personne doit par conséquent pouvoir accéder au système de santé (article L.1110-1 du code de la santé publique²⁵) et bénéficier d'une protection sociale garantie par le Préambule de 1946.

En pratique, cette protection sociale prend plusieurs formes. En premier lieu, toute personne, qu'elle exerce une activité professionnelle ou pas, bénéficie d'une assurance maladie obligatoire. Le caractère universel du système a particulièrement progressé par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et réformé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 créant la protection universelle maladie. En second lieu, ce dispositif fut complété par la création de la couverture maladie complémentaire et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé²⁶.

²⁵ « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

²⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties. Paris, DREES, 2019. 168 p. - (Panorama de la DREES santé.)

Si l'agent public est de droit affilié à un régime de sécurité sociale qu'il soit titulaire (régime spécial des fonctionnaires) ou contractuel (régime général), il peut également bénéficier d'une PSC. La couverture sociale des fonctionnaires est prévue par l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Il s'agit d'un dispositif facultatif mis en place par l'employeur public comme en témoigne cet article complété par la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique qui dispose depuis : « *Les personnes publiques mentionnées à l'article 2 peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent. La participation des personnes publiques est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités.* ». Toutefois, seule la fonction publique d'État (FPE), suivie de la territoriale, ont pris un décret d'application²⁷. Ainsi, dans la FPE, les agents publics peuvent souscrire auprès d'un organisme référencé choisi par leur employeur public après un appel à concurrence pour la santé et la prévoyance. Le référencement court pour une durée de sept ans et l'employeur verse une aide à l'organisme référencé pour chaque agent. Concernant la fonction publique territoriale (FPT), les collectivités locales ont le choix entre deux systèmes pour assurer une couverture sociale complémentaire en matière de santé et/ou de prévoyance à leurs agents. En effet, soit elles choisissent la labellisation et dans ce cas, les agents peuvent choisir parmi les organismes référencés, soit elles optent pour la convention de participation qui suppose une mise en concurrence entre plusieurs organismes et celui qui répondra au cahier des charges établi par la collectivité sera sélectionné. L'agent n'aura par conséquent pas le choix de l'organisme.

Toutefois, le ministère n'a pas pris de décret d'application pour la FPH en la matière contrairement aux deux autres fonctions publiques²⁸. Ainsi, les agents de l'hospitalière n'ont aucun droit à une aide de leur employeur dans le financement d'une couverture en matière de santé ou de prévoyance.

Mais comme évoqué précédemment, il existe des acquis historiques, ainsi que des acteurs spécialisés, qui interviennent auprès des établissements de santé et qui garantissent aux agents une offre similaire à ce qui peut être constaté dans les autres versants de la FP.

²⁷ décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels et décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents

²⁸ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 10 juin 2015. 62 p.

Concernant les acquis historiques dans la FPH, les agents titulaires ainsi que les stagiaires peuvent bénéficier de la gratuité des frais médicaux et pharmaceutiques dans la mesure où les frais seront pris en charge par l'établissement employeur. Ce dernier se fera rembourser par la sécurité sociale à hauteur du montant fixé dans la convention. L'établissement prend également en charge le ticket modérateur si un agent est hospitalisé pour une durée qui ne dépasse pas six mois et au sein de l'établissement où il est en activité ainsi que le forfait hospitalier. Ces avantages représentent des avantages en nature pour les agents et sont soumis à contribution sociale généralisée.

Outre la gratuité des soins, les agents de la FPH (titulaires et stagiaires) peuvent bénéficier de prestations en espèce versées en complément par le CGOS à condition que l'établissement au sein duquel ils exercent ait adhéré à ce comité. Ainsi, en cas de maladie ordinaire, de congé longue maladie ou de congé longue durée, un agent percevra des droits statutaires à plein traitement et après épuisement de ses droits, il se verra verser un complément de traitement pendant les 150 premiers jours du demi-traitement en cas de maladie ordinaire et pendant les 300 premiers jours de demi-traitement en cas de congés longue durée et longue maladie. En dernier lieu, la MNH ou d'autres mutuelles peuvent intervenir en supplément de l'établissement et du CGOS.

Toutefois, dans un contexte politique, social et financier complexe, tous ces avantages qui bénéficient aux agents représentent aujourd'hui des enjeux multiples.

3. Les enjeux politiques, financiers, sociaux et sanitaires liés au projet de réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière²⁹

S'agissant de la PSC, les enjeux se situent d'une part, au niveau institutionnel à travers une volonté politique (3.1) de faire appliquer la loi et d'autre part, il s'agit des enjeux de santé publique et de ceux liés au dialogue social (3.2).

3.1 Une volonté politique de faire appliquer la loi de 2007

Aujourd'hui, la relance de cette question de la PSC revient car :

- Un dossier est véritablement mis sur la table par le Ministre, M. Darmanin dans le cadre du projet de loi de transformation de la FP.
- Un nouveau rapport sur la protection sociale des fonctionnaires rédigé par les trois corps d'inspection (IGF, IGA et IGAS) est attendu pour une communication en juin 2019 (rapport initialement attendu à l'été 2018).
- Un référé de la Cour des comptes (Annexe XI) vient remettre en cause les activités du CGOS dont le champ d'action est insuffisamment encadré et circonscrit à l'action sociale.

3.1.1 Le projet de loi « transformation de la fonction publique »

Dans le cadre du projet de loi, l'article 16 autorise le Gouvernement à prendre par ordonnances toute mesure relevant du domaine de la loi visant à réformer la participation des employeurs publics au financement des garanties de PSC de leurs personnels pour favoriser la couverture sociale des agents publics.

“Par ailleurs, le projet de loi prévoit que la participation des employeurs à la protection sociale complémentaire de leurs agents serait réformée par voie d'ordonnance. Pour le versant hospitalier, la partie prévoyance se substituerait à la compensation par le CGOS du demi-traitement en cas de congés de longue maladie et de maladie de longue durée.

²⁹ Philippe MARIN. « Stratégie nationale de santé et Stratégie nationale de transformation du système de santé : entre intégration et inversion ». Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2019, n° 113, p.8-11.

Pour la complémentaire santé, la mesure pourrait s'accompagner de la suppression des soins gratuits prévue à l'article 44 de la loi n°86-33 (Titre IV), devenus résiduels et inéquitables »³⁰.

3.1.2 Le rapport des trois corps d'inspection (IGF, IGA et IGAS) sur la protection sociale des fonctionnaires

La mission d'inspection lancée par le gouvernement³¹ afin d'établir un état des lieux des mécanismes actuels de couverture complémentaire dans le secteur public est en effet chargée :

- *« d'évaluer l'opportunité de mettre en œuvre un dispositif de participation au financement dans la fonction publique hospitalière ».*
- De préparer l'application de la loi de 2007 et d'organiser la mise en œuvre d'un nouveau cadre juridique dans les relations entre les employeurs hospitaliers et les organismes de PSC.
- De chiffrer le coût potentiel de la mise en œuvre d'un véritable dispositif de participation des employeurs hospitaliers à la couverture complémentaire de leurs agents.

Par ailleurs, selon un rapport de l'IGAS daté de 2009, le surcoût serait compris entre 40 millions à 400 millions d'euros à la charge des établissements de santé en cas de mise en place d'un dispositif de participation à la couverture complémentaire.

3.1.3 Le référé de la Cour des comptes du 14 février 2018 (Annexes XI & XII)

Dans un référé rendu public le 14 février 2018, la Cour des comptes recommande d'exclure les prestations maladies et départ à la retraite du champ de l'action sociale et en tirer les conséquences en baissant le taux de contribution de 1.5% à 0.85% et d'inclure éventuellement ces prestations dans un régime facultatif de prévoyance. L'économie est estimée à 200 millions d'euros sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier.

³⁰ Dossier et analyse du SYNCASS-CFDT du 26 avril 2019 sur le projet de loi "transformation de la fonction publique"

³¹ Lettre de mission du 9 février 2018 - quatre ministres (Gérard Collomb, Agnès Buzyn, Gérard Darmanin et Olivier Dussopt) chargent les trois corps d'inspection (IGA, IGF et IGAS) d'évaluer les dispositifs existants en matière de protection sociale complémentaire des agents publics

Pour se conformer au principe d'équilibre des finances publiques, toute dépense supplémentaire doit être couverte par des ressources supplémentaires. La mise en place de la réforme de la PSC dans la FPH, si elle serait une avancée pour les agents des établissements, représenterait une charge financière non négligeable à évaluer au regard des situations déjà difficiles des établissements.

Enfin, la prestation maladie du CGOS s'élevait en 2016 à un montant de 90 millions d'euros par an³², soit 23% des aides versées par le CGOS pour seulement 55 000 bénéficiaires et augmente d'environ 5% par an. L'AP-HP, qui n'adhère pas au CGOS, utilise l'article 44 ce qui représente un poids budgétaire de 30 millions d'euros de soins par an.

3.2 Des organisations syndicales dans l'attente mais sur des positions affirmées³³

3.2.1 La protection sociale complémentaire dans le cadre du dialogue social

Ce sujet de la PSC comporte de multiples enjeux. On peut s'étonner alors du peu d'implication des différents acteurs, que ce soient le personnel, les organisations syndicales ou les directeurs d'établissements. Réformer ce système de protection sociale peut sembler périlleux.

L'opposition des syndicats est fort probable en cas de remise en cause des missions du CGOS, d'où un moindre entrain de l'exécutif et du législateur à construire une réforme sur ce point. La CGT (Confédération générale du travail), de même que la CFDT (Confédération française démocratique du travail) regrette que la participation financière des employeurs publics, dans la FPH, soit insuffisante, voire inexistante, pointant du doigt le fait que le système serait plus favorable aux salariés du secteur privé.

Cela semble "inique" aux organisations syndicales que les fonctionnaires souffrent de ce désavantage face aux agents du privé.

La CGT déplore par ailleurs, que de nombreux agents n'aient pas accès à une couverture complémentaire dans les domaines de la santé et de la prévoyance.

³² J.M. BARBOT, V. FAGE-MOREEL, M.G. VAISSIERE-BONNET, *Réussir le dialogue social dans la fonction publique hospitalière*, Les études hospitalières, 2018

³³ Ramona COMAN, Amandine CRESPIY et al. *Méthodes de la science politique*. Deboeck supérieur, 2016. 224 p. (Coll. Méthodes en sciences humaines.)

L'action sociale est un élément de management des ressources humaines stratégique. Réformer un mécanisme qui fonctionne et qui recueille un certain consensus social semble délicat dans sa mise en œuvre.

Le dialogue social risquerait de s'avérer houleux, si le système de PSC venait à être remis en cause par la loi projetée, surtout si le CGOS devait être menacé, puisqu'il s'agit d'un avantage important pour les agents de la FPH. Cependant, si les organisations syndicales FO (Force ouvrière) et CGT expriment jusqu'ici leur hostilité à une réforme visant le CGOS, c'est moins le cas de la CFDT qui serait prête à voir évoluer le rôle du CGOS. Celui-ci offre un avantage quasi-statutaire par le biais du maintien de salaire, auquel le personnel est globalement très attaché. Les organisations syndicales rejettent pour la plupart de participer à une réforme du système existant. Nous pouvons supposer aussi que la mise en concurrence des organismes complémentaires d'assurance maladie sera fortement décriée par les organisations syndicales.

L'abandon de l'article 44 de la loi du 9 janvier 1986 relative au statut de la FPH semble envisagé. Cet article prévoit, pour rappel, d'une part la prise en charge des frais d'hospitalisation d'un fonctionnaire par l'établissement employeur pendant au maximum six mois ; d'autre part, il prévoit également que les agents disposent de soins et de produits pharmaceutiques gratuits. La remise en cause de cette disposition, procurant un avantage aux fonctionnaires hospitaliers, susciterait l'hostilité des syndicats. Néanmoins, il est nécessaire d'indiquer que cette gratuité des soins est appliquée de façon marginale, ou du moins minoritaire³⁴ (dans seulement 5% des établissements médico-sociaux, et environ 47% dans établissements sanitaires). En outre, il faut prévoir que la mise en place d'une réforme très profonde, prise à l'encontre des partenaires sociaux, risquerait d'exacerber les mouvements sociaux en cours.

Selon un délégué régional CGOS interviewé : *“il y a la conviction que le dispositif favoriserait une forme d'absentéisme. C'est un sujet qu'il ne faut pas écarter : le statut prévoit le maintien du traitement les trois premiers mois (pas forcément consécutifs) de l'année glissante, donc un agent peut rapidement tomber à mi-traitement.*

³⁴ Étude IGAS-CGES de 2008, citée dans ADICEO, *Livre blanc, mars 2018, Fonction publique : quels enjeux en matière de protection sociale complémentaire ?*

C'est là que le CGOS intervient et couvre jusqu'à un an d'arrêt "normal". Il peut donc y avoir certains abus, avec une forme de "droit de tirage" des agents qu'on a déjà pu constater". L'un des enjeux de la réforme est donc d'instaurer un changement qui puisse influencer positivement sur l'absentéisme. Réduire le taux d'absentéisme est une problématique cruciale, étant donné le coût exorbitant qu'il engendre.

3.2.2 L'accès des agents à la santé

De surcroît, il convient de tenir compte d'un enjeu fondamental : le renoncement aux soins. La refonte du système doit être faite sans induire une précarisation du personnel aux faibles revenus. Nous pouvons évoquer le problème désastreux du renoncement aux soins de la part des agents de la FPH, malgré le principe affirmé de gratuité des soins, principe trop peu connu et invoqué. En effet, de nombreux agents sont dans l'incapacité financière de se procurer une couverture complémentaire en matière de santé adéquate. Ce phénomène touche particulièrement les agents de la catégorie C, pour lesquels renoncer à une couverture complémentaire santé peut être un poste d'économie dans le budget familial.

Ainsi, les personnes, qui sont sans couverture complémentaire, ne disposent pas de ressources suffisantes en cas de longue maladie : c'est un facteur d'inégalité de santé.

4. Le déploiement d'une protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière confronté aux réalités des établissements de santé

Même si le résultat final des évolutions législatives et réglementaires annoncées dépendra du dialogue social et du parcours législatif dans les mois prochains, le principe d'un rattrapage de l'application du droit européen par la mise en concurrence d'une offre de PSC dans la FPH permet une mise en perspective.

Il nous paraissait opportun d'enquêter auprès des directions des établissements de santé et médico-sociaux de France (Annexe VI). Les 240 réponses obtenues par notre enquête (Annexe VII) permettent de prendre connaissance du premier accueil des perspectives envisagées au niveau national.

La robustesse de notre enquête s'évalue surtout à la représentativité des répondants. Sur les 240, 65 occupent des fonctions de Direction générale (27%), 19 des fonctions de Direction générale adjointe (7,9%), 63 des fonctions de Direction des ressources humaines (26%), 15 des fonctions de Direction financière (6%), 41 des fonctions de Direction sanitaire, sociale et médico-sociale (17%) et 37 sont sur d'autres fonctions (15,4%). Également, la diversité des établissements est bien couverte car 13 Centres hospitaliers universitaires (CHU), 135 centres hospitaliers (CH), 14 établissements spécialisés et 78 structures médico-sociales. Les différences de taille des établissements sont représentées: 47 ont moins de 100 lits (soit 19,5%), 55 ont entre 101 et 250 lits (soit 22,9%), 60 ont entre 251 et 500 lits (soit 25%), 51 ont entre 501 et 1000 lits (soit 21%) et 27 plus de 1000 lits (soit 8,75%). Enfin, leur distribution selon le nombre d'agents est significative: 59 sont des établissements de moins de 100 agents (24,5%), 34 ont entre 101 et 250 agents (14%), 37 entre 251 et 500 agents (15,4%), 46 entre 501 et 1000 agents (19,1%), 29 entre 1001 et 2000 agents (12%), 18 entre 2001 et 3000 agents (7,5%) et 17 établissements de plus de 3000 agents (7%).

Par-delà les caractéristiques de l'échantillon, les réponses mettent en évidence des convergences de vues qui ouvrent le champ à une interprétation selon laquelle le périmètre du débat actuel n'est pas si entendu que cela. En effet, l'applicabilité et l'utilité d'une protection complémentaire santé dans la FPH devraient prendre en compte des réalités qui ne trouvent pas le même écho au niveau national.

Les réalités auxquelles les enquêtés sont confrontés, tant du point de vue de la maîtrise financière, souvent caractérisée par des efforts de sortie de déficit, que du point de vue de la gestion des ressources humaines, permet de nuancer et d'enrichir les expressions recueillies au niveau national dans nos entretiens et dans les éléments bibliographiques.

Les résultats de l'enquête permettent l'identification de difficultés à l'application d'une PSC telle qu'elle semble se dessiner. Dans le même temps, la perspective d'une PSC pourrait satisfaire des besoins et attentes dans la gestion des établissements. Il n'en demeure pas moins que l'analyse des entretiens et de l'enquête permet de dégager des points de vigilance quant au déploiement d'une PSC dans la FPH.

4.1 Une actuelle quasi-inexistence d'application d'une protection sociale complémentaire en raison de difficultés structurelles

L'application de la protection complémentaire santé dans les établissements, sur la base du modèle déployé dans les collectivités territoriales, pourrait buter contre des difficultés réglementaires, organisationnelles financières et stratégiques.

L'absence de décret d'application à la loi de 2007 se traduit par un vide qui n'a pas été comblé dans les établissements : Moins de 3,5% des répondants à l'enquête ont envisagé une protection complémentaire santé pour leur établissement. Force est de constater que sans incitation réglementaire, la situation actuelle n'a pas changé depuis 2007 et n'est pas amenée à changer spontanément. Ce vide réglementaire constitue un frein au déploiement d'une protection complémentaire santé pour plus de 38% des répondants à l'enquête. Il est même autorisé d'estimer que la protection complémentaire santé n'est pas un sujet pour les établissements. Toutefois, cette affirmation paraît être quelque peu hâtive car de nombreuses difficultés sont identifiées et se dressent contre la mise en place spontanée d'une protection complémentaire santé. Autrement dit, il semblerait que la protection complémentaire santé ne soit pas un sujet, non pas parce que les enquêtés et interrogés n'en parlent pas spontanément (indépendamment de leur accueil de notre sollicitation), mais parce qu'ils n'en ont pas les moyens d'en faire un sujet.

En effet, la protection complémentaire santé n'est pas un chantier prioritaire pour les directions des établissements car sa mise en œuvre représente une perspective qui semble aller à l'inverse du sens de leur histoire. 43% des répondants à l'enquête considèrent qu'ils rencontrent des freins financiers à la mise en œuvre d'une protection complémentaire santé. De nombreux établissements interrogés relatent une situation de déficit financier. Or, la mise en place d'une protection complémentaire santé ouvre inmanquablement la question de son financement. Or, celui-ci ne pourrait que se cumuler aux dépenses actuelles. A l'inverse, plusieurs répondants au questionnaire et interrogés ont argué que leurs axes prioritaires de travail sont orientés vers une réduction des dépenses et, notamment, par une réduction des effectifs des services supports comme les Directions des Ressources Humaines (DRH) alors que ces dernières sont impératives pour mettre en œuvre la protection complémentaire santé.

Pour les établissements non concernés par ce contexte financier, les remarques exprimées mettent en avant les difficultés organisationnelles, envisagées au mieux à effectif constant. 22% des répondants à l'enquête mettent en avant cette raison. L'état des services actuels des DRH est envisagé comme inadapté à une structuration pour déployer une protection complémentaire santé. Également, les compétences dans les équipes sont absentes pour envisager de développer un tel projet.

Si les Directions ne se sont pas saisies du sujet, parce qu'elles n'en avaient pas les moyens et parce que leur attention est orientée vers d'autres horizons stratégiques, les entretiens ont révélé que le sujet ne semble pas être prioritaire par les organisations syndicales et les agents. Selon les directeurs et directrices des ressources humaines interrogées, les représentants du personnel, tant au niveau national que dans les établissements, n'en font pas une priorité dans le dialogue social. Voire même, ce sujet est intégralement absent du dialogue social car les enjeux sont concentrés sur les rémunérations, les temps de travail et les nombres de postes.

Ainsi, la difficulté à appréhender une protection complémentaire santé explique probablement que 62,5% des répondants à l'enquête se prononcent pour une protection facultative, donc individualisée (tant entre établissements qu'entre agents). Seuls 35% des répondants au questionnaire opteraient pour une protection obligatoire. La perspective d'avoir à « subir » un nouveau chantier décidé d'en haut et de manière verticale explique cette réticence à une protection complémentaire générale.

Cependant, dans un absolu où les difficultés seraient surmontées, nombre d'acteurs, dont la quasi-totalité des enquêtés, sont ouverts à faire du déploiement d'une protection complémentaire santé un champ d'opportunités.

4.2 La protection complémentaire santé comme levier d'attractivité et de gestion dynamique des ressources humaines des établissements³⁵

La perspective d'un déploiement d'une protection complémentaire santé dans la FPH, si elle devait surmonter les difficultés évoquées supra, pourrait se présenter comme un outil de management dynamique des établissements, dans le sens du « New public management ».

³⁵ Christine RATINEAU, Nathalie DULUC, Stéphanie GASTON, et al. « L'action sociale, levier managérial ». *Revue hospitalière de France*, 2017, n° 579, p. 38-41.

En effet, si le sujet n'en est pas un actuellement, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'intérêt à ce qu'il en devienne un.

Service public au service du modèle démocratique français, les établissements publics de santé et médico-sociaux n'en sont pas moins engagés dans des logiques concurrentielles censées les dynamiser et, in fine, offrir aux citoyens des soins de qualité. Cette concurrence entre le public et le privé, voire entre établissements publics, nécessite des stratégies d'établissements dans lesquelles l'attractivité des personnels de santé constitue un axe majeur. A n'en pas douter, dans le cas d'une protection complémentaire santé individualisée à chaque établissement, ceux-ci peuvent s'en saisir pour compléter leur offre d'attractivité. Cette perspective est d'ailleurs exprimée par 46% des enquêtés. Les entretiens mettent en avant un fort besoin d'attractivité face au privé.

Il n'en demeure pas moins que la protection complémentaire santé est avant tout également envisagée pour ce qu'elle est au premier chef : un moyen de soulager l'effort financier des malades pour obtenir les soins nécessaires. Plus de 70% des répondants au questionnaire considèrent que l'intérêt d'une protection complémentaire de santé réside dans l'offre d'une meilleure couverture de santé pour leurs agents. Les carrières des agents des services hospitaliers et des aides-soignants en font des travailleurs proches de la pauvreté. Plusieurs DRH, tant dans les entretiens que dans les réponses au questionnaire nous ont relaté avoir été confrontés à des situations de paupérisation d'agents exposés à des aléas de la vie. Dans ce cas, alors l'offre de protection complémentaire santé entre en résonance avec les valeurs qui fondent le service public.

Que la perspective soit celle de l'attractivité des personnels de santé ou de la lutte contre la pauvreté, sans que l'une ne s'oppose à l'autre par ailleurs, les enquêtés s'inscrivent dans une approche dynamique des ressources humaines et du management. Pour certains, un tel outil permettrait une fidélisation des agents à leur établissement et éviterait des turn-over trop nombreux dans certaines équipes.

La mise en place d'une protection complémentaire santé représenterait une avancée dans le dialogue social pour 34,3% des enquêtés, ce qui, dans le contexte actuel, permettrait probablement d'apporter des éléments de confiance et d'apaisement.

Enfin 6,25% des enquêtés n'hésitent pas à déclarer que la mise en place d'une protection complémentaire santé permettrait de lutter contre l'absentéisme. L'effet d'une protection complémentaire santé sur l'absentéisme reste toutefois à éclaircir car, à l'opposé, les entretiens ont permis de recueillir une vue contraire selon laquelle une protection complémentaire santé favoriserait l'absentéisme. La question est posée.

Notre enquête révèle que les directions des établissements de santé et médico-sociaux sont ouverts à considérer la protection complémentaire santé dans la FPH comme une source d'opportunités managériales. Reste que si la conception de cette protection complémentaire santé gagnerait à satisfaire ces aspirations du terrain, des points de vigilance macroscopiques sont à garder en vue.

4.3 Des points de vigilance à considérer : inégalités, qualité des soins et spécificité

L'intérêt de la protection complémentaire santé apparaît pour les établissements mais cela ne signifie pas que ce projet soit pour autant synonyme de l'automatisme d'une avancée sociale ou managériale pour la FPH. En effet, tant des propos recueillis dans l'enquête que dans les entretiens, des points de vigilance à considérer dans la future élaboration de la protection complémentaire santé sont mis en exergue : les inégalités, la qualité des soins et les spécificités de la FPH.

4.3.1 Un risque d'aggravation des inégalités dans l'hypothèse d'une gestion locale³⁶

Selon les partisans de l'ouverture à la concurrence, le contexte concurrentiel des établissements de santé et médico-sociaux permettrait une dynamique globale qui tendrait à tirer vers le haut l'offre de soins. Cependant, cette approche optimiste peut aussi se lire sous un angle plus critique qui est celui de l'accroissement des inégalités. En effet, la dynamique évoquée peut être le fait des établissements et des agents qui en ont les moyens. Une taille critique suffisante, une notoriété, un bilan financier favorable permettent de rester dans la course et d'offrir, alors, une protection complémentaire santé généreuse qui se révèle prompt à faire face aux forces centrifuges.

³⁶ F. JUSOT, R. LEGAL, A. LOUVEL, et al. « Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? ». *Questions d'économie de la santé*, Paris : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Ministère chargé de la Santé, 2017, n° 225, 6 p.

Mais faut-il avoir les capacités de cette projection et tous les établissements n'en ont pas la possibilité. Ainsi, les écarts pourraient se creuser entre des établissements bien dotés partis en échappée, une majorité d'établissements à moyens proches dans le peloton et un groupe de retardataires englués dans les difficultés multiples. Ainsi, le défi de la mise en place d'une protection complémentaire santé serait d'en faire un outil de dynamique stratégique et managériale qui soit aussi respectueux des équilibres territoriaux de l'offre de soins, et non surtout pas au service inattendu d'un creusement de ces situations.

En effet, le modèle évoqué par la Cour des comptes et repris par le Premier Ministre, est celui de la FPT. Or, la participation à une protection complémentaire santé s'y effectue selon la décision des Conseils d'élus et sur la base d'une certaine hauteur, jusqu'à un pourcentage plafond. Plusieurs années après la mise en œuvre, tous les Conseils d'élus n'ont pas délibéré en faveur et certains agents territoriaux n'en bénéficient pas. Ainsi les inégalités entre les collectivités territoriales se creusent, avec en tête les collectivités importantes, engagées dans des logiques d'attractivité et qui ont les moyens de cette perspective, comme les Métropoles ou les Régions, et de l'autre, des communes qui composent avec une autre réalité et une absence réelle de moyens. Le parallèle avec les établissements de santé et médico-sociaux est inévitable. Une évaluation de l'état du déploiement de la protection complémentaire santé dans les collectivités territoriales mériterait d'être effectuée pour éclairer et améliorer le projet qui est envisagé pour la FPH.

Le creusement des inégalités est aussi à considérer à l'échelle des agents. En effet, si la protection complémentaire santé devait être appliquée à l'ensemble des agents, alors les métiers les plus recherchés pourraient bénéficier d'un surcroît de soutien financier tandis que les métiers les moins recherchés devraient se contenter d'une protection complémentaire santé de base, voire à une absence de protection complémentaire santé. De la même manière, des inégalités générationnelles pourraient apparaître entre les agents confrontés aux besoins de santé et ceux qui, dans la force de l'âge estiment pouvoir s'en passer ; le financement serait concentré sur les premiers qui ne pourraient pas compter sur l'apport des seconds.

En effet, le modèle de la protection complémentaire santé appliqué à la fonction publique territoriale repose sur une individualisation qui amène les agents à désormais contribuer eux-mêmes à cette protection, à l'image d'un modèle d'épargne individuelle.

Certains agents sur des métiers à faible rémunération, en situation précaire, ne souscrivent donc pas à cette protection complémentaire santé, et il en découle alors un fort risque de renoncement aux soins pour cette population.

4.3.2 Une protection complémentaire santé dans une logique de marché sans détériorer l'accès aux soins³⁷

Les partisans d'une offre de protection complémentaire santé ouverte à la concurrence du marché mettent en avant l'argument économique libéral selon lequel la situation va tendre vers un optimum et aboutir à une amélioration des garanties au meilleur coût. D'aucuns estiment que, par ailleurs, il est dans l'intérêt des acteurs de développer les actions de prévention afin de minimiser leurs interventions, onéreuses, en couverture de soins. Bref, la mise en concurrence ne pourrait qu'améliorer la situation existante.

Force est de rappeler que cette approche reste théorique, qu'elle souffre de contre-exemples et qu'elle mérite surtout d'être nuancée. A l'instar là-aussi de ce qui est observé dans la FPT, les offres de protection complémentaire santé sont multiples et, sur certains aspects, complexes. En juin 2018, l'UFC Que choisir présentait une enquête expliquant que les offres sont difficiles à comparer car agencées de manière spécifique ; la Ministre de la santé Agnès Buzyn dénonce régulièrement cette illisibilité.

Or, eu égard au vieillissement auquel n'échappe pas les effectifs de la FPH, la demande de soins est amenée à croître. En conséquence, si la question du coût est impérieuse, celle-ci ne doit pas se faire au détriment de la qualité de l'offre de soins. Fondamentalement, il s'agit de garder en vue que, si les cadres de la protection complémentaire santé sont amenés à évoluer, c'est parce qu'elle est jugée inefficace à l'heure actuelle par la Cour des comptes et qu'elle doit tendre vers un accès amélioré et étendu aux soins. Ainsi, outre les inégalités d'accès à une protection complémentaire santé évoquées supra, il s'agit bien de s'assurer que les évolutions envisagées ne se feront pas par une offre de base de soins « low cost » synonyme de rabais.

C'est peut-être la raison pour laquelle notre enquête révèle des attentes significatives de la part des directions.

³⁷ Philippe MARIN. « Le financement au parcours de soins : Entre mode d'allocation des ressources et promotion de la qualité et de la pertinence ». *Gestions hospitalières*, 2019, n° 583, p.106-111.

En effet, 75% des répondants au questionnaire estiment qu'une protection complémentaire santé devrait intégrer les indemnités journalières. 50,4% estiment que la dépendance devrait également être intégrée. Enfin, 47,9% retiennent le risque décès.

4.3.3 La spécificité de la fonction publique hospitalière pour éviter les approches verticales et monolithiques

La FPH se distingue par une culture forte basée sur des valeurs humaines qui explique les cohésions des équipes de personnels soignants. Le principe de l'entraide envers autrui s'applique autant aux patients qu'aux collègues qui peuvent devenir des patients. C'est la raison pour laquelle la gratuité de l'accès aux soins d'hospitalisation et de médication réservée aux agents dans leur propre établissement, inscrite à l'article 44 de la loi de 1986, matérialise cette solidarité. Même si la plupart des acteurs interrogés constatent que sa mise en œuvre est loin d'être généralisée, son évocation en tant que telle est significative car elle dépasse la confidentialité de son application.

Cette spécificité se retrouve également sous d'autres aspects de notre enquête. A l'évidence, le modèle du CGOS, considéré comme quasi-statutaire pour certains, apparaît comme la matrice endémique à une protection complémentaire santé. En effet, si les enquêtés ont pu exprimer des réticences à une généralisation de la protection complémentaire santé comme cela a été évoqué plus haut, et qui peut sembler contradictoire avec le modèle du CGOS, l'enquête permet de comprendre qu'il n'en est certainement rien. En effet, 56,6% des répondants à l'enquête se prononcent pour une protection complémentaire santé par contrat national, donc déployée de manière généralisée à l'ensemble des établissements. A contrario, 41,6% des répondants au questionnaire optent pour la labellisation ce qui, toutefois, est loin d'être insignifiant et, de facto, s'accorde avec les perspectives relatées quant au dynamisme stratégique et managérial attendu.

Reste que cette approche globale, liée à la culture spécifique de la FPH, explique que 44,6% des répondants à l'enquête se prononcent pour une mise en concurrence des organismes d'assurances au niveau national alors qu'ils ne sont que 9,5% à choisir l'échelon régional, 24,5% les GHT et 17,9% les groupements d'achats.

Ainsi, la culture de la FPH est un marqueur fort qui pourrait porter préjudice à la mise en œuvre des futures évolutions législatives si elle n'était pas prise en compte. Par-delà les difficultés évoquées pour le déploiement, force est de rappeler l'évidence : la FPH n'est pas la FPT. En conséquence, ce qui semble avoir donné satisfaction dans les collectivités territoriales n'est pas assuré d'obtenir le même résultat dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Dans une approche constructive, la spécificité hospitalière peut être envisagée comme la possibilité de favoriser l'émergence d'un modèle solidaire, dynamique et qui fasse sens au point d'être inspirant.

Cette approche n'interdit pas l'évolution vers une protection complémentaire santé plus efficiente et efficace tant pour les agents que pour les finances des établissements de santé. Le déploiement de la protection complémentaire santé pourrait ne pas être seulement appréhendé comme l'extension d'un modèle unique à la FP, qui serait ainsi abouti, simple et égalitaire. Cette approche pourrait être considérée comme la correction d'une anomalie intolérable à de nombreux points de vue et placer la FPH comme un champ à contraindre, par les forces supérieures. Ainsi, la verticalité de la décision l'emporte sur la prise en compte des besoins du terrain.

Au contraire, le chantier pourrait profiter de l'adaptation de ce modèle à l'hospitalière, par une prise en compte de ses spécificités, particularités et forces, et être envisagé comme une étape supplémentaire dans l'évolution du modèle social français. Après la mise en œuvre dans la FPH, les deux autres fonctions publiques pourraient profiter des avancées qui pourraient émerger dans la FPH.

La préparation des évolutions réglementaires et législatives annoncées est focalisée sur certains paramètres comme le devenir du CGOS ou le futur rapport de l'IGAS. Or, notre enquête met en exergue des questionnements qui interpellent les perspectives vers lesquels les acteurs nationaux s'engagent et se positionnent actuellement. Aussi, au regard des éléments dont nous disposons et des analyses que nous avons pu en faire, nous avons souhaité apporter notre contribution en proposant des préconisations.

5. Des constats aux préconisations

Eu égard aux éléments recueillis lors des différents entretiens et des questionnaires, à notre statut d'élève directeurs et attachés en formation, les préconisations ci-après devront être lues avec toutes les précautions d'usage dans l'attente du constat de l'IGA, de l'IGF et de l'IGAS attendu pour juin 2019.

5.1 Cadrage et recommandations de l'équipe de travail

L'objectif attendu du sujet sur la PSC est de garantir aux agents de la FPH une meilleure couverture et une qualité des soins pour notamment :

- Contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie au travail (QVT),
- Impliquer davantage les établissements dans le champ de la protection sociale de leurs agents : "prendre soin" des agents afin d'améliorer leur sentiment d'appartenance à l'institution.
- Prévenir les situations de paupérisation rapide de certains agents, fragilisés par un accident de la vie.

Les réponses obtenues au questionnaire que nous avons lancé, ainsi que les informations recueillies lors de nos entretiens, nous permettent de formuler des préconisations en terme de méthode afin de rénover la PSC des agents de la FPH :

- La sensibilité de ce sujet dans le dialogue social doit conduire les décideurs à associer largement les agents aux décisions qui seront prises, dans le cadre du dialogue social au sein des établissements.
- Les DRH des établissements semblent ne pas être aujourd'hui structurées ni préparées à la prise en mains de ce sujet, et qu'en fonction des orientations choisies en matière de PSC il conviendra de les accompagner.

Dans l'hypothèse de la mise en place d'un système individualisé, tant à l'échelle des établissements que des agents, le respect du principe d'équité dans la FP pourrait supposer la mise en place d'une péréquation. De cette manière, les écarts pourraient être réduits afin d'éviter un accroissement des inégalités, sans pour autant interdire des possibilités de dynamismes d'attractivité et de gestion managériale.

La gratuité des soins, prévue à l'article 44 du statut de la FPH, si elle peut paraître désuète, n'en reste pas moins une belle idée qui pourrait être renouvelée. En effet, son application au seul établissement de l'agent se heurte au secret médical : en se faisant soigner dans son établissement, l'agent révèle à son employeur ses problèmes de santé. Un article 44 sans condition d'établissement permettrait d'universaliser cette solidarité.

Il convient de prendre en compte dans les décisions la grande variété des établissements (taille, situations financières), ainsi que la variété des situations des agents concernés.

5.2 Les scénarii envisagés

Nous avons esquissé différents scénarii pour la rénovation de la PSC des agents de la FPH. Ils tiennent compte de l'état actuel de la législation en la matière, notamment de la nécessité d'appliquer dans la FPH la loi du 2 février 2007, ainsi que des préconisations issues du référé de la Cour des Comptes au sujet du CGOS en date du 14 février 2018. Pour autant, nous avons essayé de ne fermer aucune option possible, et de tirer des enseignements des dispositions prises dans les autres versants de la FP. Nous n'avons pas hiérarchisé ces propositions, qui peuvent éventuellement s'associer les unes aux autres.

Pour chaque scénario, nous avons considéré que l'activité "maladie : indemnités journalières" du CGOS devait être sortie de leur giron, à la fois pour se recentrer sur l'action sociale telle que définie par la loi de 2007, et pour les difficultés structurelles qui se posent aujourd'hui pour le maintien de cette prestation en son sein. Nous soulignons malgré tout l'attachement des agents à ce modèle qui garantit aujourd'hui une véritable solidarité entre agents au sein de la FPH, et nous souhaitons pointer les risques qui sont posés par l'éventualité de confier cette activité au secteur assurantiel privé, qui devra faire la preuve de la plus-value apportée aux agents. Ce recentrage du CGOS sur l'action sociale uniquement permettra de rendre l'offre plus lisible pour les établissements, notamment eu égard à l'ouverture de ce segment de l'action sociale à la concurrence de Plurelya.

- **Scénario 1** : sur le modèle des dispositions prises dans les autres versants de la FP, généralisation d'une complémentaire santé pour les agents de la FPH par labellisation ou référencement, proposée par chaque établissement, avec une adhésion facultative des agents. Participation des employeurs directement auprès des organismes

fournisseurs de cette complémentaire, équivalente à la contribution actuellement versée par les établissements au CGOS au titre de la prestation maintien de salaire. Fin de la prestation maintien de salaire du CGOS. Ce scénario présente l'avantage de bénéficier à l'ensemble des agents pour l'acquisition d'une complémentaire santé. Néanmoins, la fin de la prestation maintien de salaire du CGOS présente un vrai risque de paupérisation pour les actuels bénéficiaires.

- **Scénario 2** : généralisation d'une complémentaire santé avec obligation d'adhérer des agents, participation employeur "individualisée" et visible des agents, avec éventuellement la mise en place d'un système de péréquation entre agents. Intégration dans ce contrat complémentaire santé collectif d'un volet prévoyance permettant de compenser la perte de revenus à mi-traitement, sur le modèle de la prestation actuellement servie par le CGOS. Ce scénario présente l'avantage d'introduire une vraie valeur ajoutée pour les agents d'une participation employeur à l'acquisition d'une complémentaire santé. Le caractère obligatoire de l'adhésion permettra d'atteindre un nombre d'adhésions conséquent, surtout dans l'éventualité d'une négociation au niveau national qui semble être un souhait des directeurs que nous avons sollicités. Ce volume permettrait de négocier avec les organismes prestataires l'intégration dans ce contrat d'une partie prévoyance reprenant la couverture actuellement offerte par le CGOS en matière de maintien de salaire. Il convient néanmoins de préciser que pour que la participation employeur soit significative pour les agents, la contribution actuelle des établissements nécessiterait d'être revisitée, avec d'éventuels arbitrages sur les prestations d'action sociale.
- **Scénario 3** : Rénovation de l'article 44, qui garantit aux agents de la FPH la possibilité d'être pris en charge par le système de santé public. En parallèle, généralisation d'une offre complémentaire ciblée sur les soins qui ne peuvent être prodigués dans le système de santé : optique, audioprothèses, dentaires... notamment. Reprise intégrale dans ce contrat des prestations aujourd'hui assurées par le CGOS avec un tarif attractif puisque les gros risques (hospitalisation...) sont couverts par les établissements. Ce scénario présente l'intérêt de remettre au goût du jour la gratuité des soins, dans une logique davantage territorialisée afin de permettre à tous les agents, quelle que soit la taille de leur établissement, de bénéficier d'une offre de soins la plus complète possible. Nous avons considéré que ce scénario pourrait permettre

d'améliorer le sentiment d'appartenance des agents à un collectif de travail. Si toutefois certains agents souhaitent maintenir leur liberté totale de choix dans le système de santé, un dispositif de sur-complémentaire peut leur être proposé. L'intégralité des agents pourra ainsi bénéficier d'une couverture complémentaire de base à coût attractif, permettant de prévenir la précarisation que peut engendrer le passage à mi-traitement.

S'agissant de la généralisation d'une complémentaire santé, dans tous les scénarii envisagés, nous proposons d'envisager de confier au CGOS, au travers de la convention d'agrément qui le lie au ministère des solidarités et de la santé, les négociations avec les acteurs de la protection sociale qui voudront se positionner.

PROPOSITIONS	CONTENU	FREINS / LIMITES	AVANTAGES / LEVIERS
<p>Scénario 1 : Mise en place par labellisation / référencement d'une complémentaire santé pour les agents FPH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● adhésion facultative pour les agents ● participation financière de l'employeur directement aux organismes sélectionnés ● référencement national ou territorial ou GHT du panier de soins minimal pris en charge par les ES ● fin prestations maintien de salaire du CGOS 	<ul style="list-style-type: none"> ● financement de la participation ● réglementation (décret d'application dans la FPH non paru) ● contraintes de l'organisation (gestion par les ES) ● Risque de contrats peu attractifs qui finalement ne sont souscrits que par les "plus gros risques" 	<ul style="list-style-type: none"> ● offrir une meilleure couverture santé aux agents ● attractivité pour les ES ● avancée dans le dialogue social
<p>Scénario 2 Généralisation d'une complémentaire santé obligatoire incluant un volet prévoyance maintien de salaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● adhésion obligatoire pour les agents ● adhésion obligatoire pour les ES, avec intégration des personnels médicaux ● redéfinition des missions du CGOS <ul style="list-style-type: none"> ✓ action sociale (cotisation 0,85% ou moins) ✓ cotisation mini 0,65% pour participation à la PSC ● Couverture : <ul style="list-style-type: none"> ✓ panier minimal défini par le national ✓ indemnités journalières à proposer et à intégrer 	<ul style="list-style-type: none"> ● ouverture à la concurrence de la prestation maintien de salaire jusqu'ici assurée par le CGOS ● financement : vers une hausse nécessaire de la cotisation des établissements ? ● selon la définition du panier de soins, risque de précarisation des agents (moins de remboursements) ● Recentrage des missions du CGOS pouvant aller vers une dévalorisation de l'action sociale ● Obligation d'adhérer qui peut rebuter les agents attachés à leur couverture actuelle 	<ul style="list-style-type: none"> ● CGOS recentré sur ses missions d'action sociale ● Possibilité de mettre en place un dispositif de péréquation entre agents pour la contribution employeur aux cotisations

PROPOSITIONS	CONTENU	FREINS / LIMITES	AVANTAGES / LEVIERS
<p><i>Scénario 3 :</i> Révision de l'article 44 loi 86-33</p>	<ul style="list-style-type: none"> • soins gratuits sans limitation de durée • ouverts à l'ensemble des agents de la FPH et aux retraités y compris les contractuels (durée CDD minimum et poursuite après fin de contrat de 1 an) et les personnels médicaux sur le territoire national (libre choix du praticien, quel que soit le lieu d'exercice) • une information obligatoire à l'ensemble des agents devra être réalisée • maintien comme avantage en nature MAIS • respect de la sécurité des données par la création de gestionnaires hors ressources humaines pour la saisie des données par rapport à la re-facturation et aux données médicales 	<ul style="list-style-type: none"> • coût pour les établissements • sécurité des données • augmentation de la charge en travail de traitement des données à effectif constant • méconnaissance du dispositif actuel par les agents • Pas forcément une demande des agents 	<ul style="list-style-type: none"> • égalité de traitement pour les professionnels titulaires et contractuels et les personnels médicaux • offrir une meilleure couverture santé aux agents • attractivité pour les ES • avancée dans le dialogue social • diminution du renoncement aux soins de certains agents • dispositif susceptible de favoriser le sentiment d'appartenance à un système qui "prend soin" de ses agents

Conclusion

L'absence de couverture complémentaire santé est l'un des facteurs de renoncement aux soins. La généralisation de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés du secteur privé a permis de renforcer leur couverture, de généraliser la participation des employeurs au coût de cette complémentaire et donc de diminuer ce risque³⁸. En tout état de cause, la mise en œuvre de la loi de 2007 via un décret d'application aurait pu permettre d'accroître la couverture complémentaire santé des agents de la FPH et de diminuer le niveau de non-recours aux soins, notamment auprès des agents les plus fragiles économiquement.

La PSC de la FPH existante apporte déjà une couverture certaine à ces agents :

- au travers l'article 44 offrant les soins gratuits aux agents de la FPH,
- la prise en charge par le CGOS des indemnités journalières en cas de longue maladie.

Toutefois, comme nous avons pu le constater à travers notre étude, cette protection est largement perfectible, notamment concernant l'accès aux soins gratuits pour les agents exerçant au sein d'établissement de petit taille ou médico-sociaux où l'ensemble des spécialités médicales n'est pas présente.

Les deux autres versants de la FP ont appliqué la loi de 2007 permettant ainsi à tous leurs agents de bénéficier de garantie. Mais comme a pu nous l'expliquer M PIERRON Luc, *“la grande difficulté de ce dispositif [...] présente à la fois dans la FPE et la FPT, est que même s'il y a un recours de ces mécanismes par les ministères ou par les collectivités, ce sont les agents qui s'en détournent [...]. On n'organise pas par une mutualisation obligatoire comme cela se fait pour les salariés du privé [...]. Finalement, on est dans une situation paradoxale où on veut être le mieux disant en termes de garanties et de financement d'un côté mais on n'a pas les moyens d'assurer cette solidarité parce que derrière ceux qui vont se tourner vers ces contrats sont ceux qui sont le plus à risque et donc à terme ceux qui seront les plus coûteux [...]. Les finances publiques étant ce qu'elles sont, n'ont pas la possibilité de financer à hauteur de 50% le dispositif comme ça peut exister dans le secteur privé [...].”*

³⁸ La Complémentaire Santé, édition 2019, DRESS

Ainsi, il serait intéressant de tirer un enseignement de ce constat avant d'envisager une transformation complète de la PSC de la FPH.

D'autant que dans cette situation de concurrence avec les établissements privés concernant le recrutement des personnels de santé, une PSC conséquente pourrait s'avérer être un véritable levier de performance de l'organisation permettant de mener des actions autour de la QVT notamment.

M PIERRON parle de véritable "*Big Bang*" au regard de ce qui est inscrit dans le projet de loi.

Le contenu des ordonnances, prévues en juin 2019, devrait nous éclairer sur les orientations envisageables et les modes de mise en œuvre probables au sein des établissements de santé et médico-sociaux.

Bibliographie

RÉFÉRENCES JURIDIQUES

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Code de la santé publique

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 44)

Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels

Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents

OUVRAGES

ANGERS (Maurice). - Initiation pratique à la méthodologie des recherches. – 5^{ème} éd. - CEC, 2009. – 198 p.

BIZARD (Frédéric). - Complémentaires santé : le scandale !. – Paris : Dunod, 2016. – 192 p. - (Coll. Santé sociale.)

BLANCHET (Alain), GOTMAN (Anne). - L'entretien : l'enquête et ses méthodes. - Paris : Armand Colin, 2010. – 128 p. – (Coll. 128.)

COMBESSIE (Jean-Claude). - La méthode en sociologie. - La découverte, 2007. – 128 p. – (Coll. Repères.)

COMAN (Ramona), CRESPIY (Amandine) et al. - Méthodes de la science politique. - Deboeck supérieur, 2016. – 224 p. - (Coll. Méthodes en sciences humaines.)

De SINGLY (François). - L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. – Paris : Nathan université, 1992. – 127 p. – (Coll. Sociologie 128.)

KAUFMANN (Jean-Claude). - L'entretien compréhensif. – Paris : Nathan université, 1996. – 127 p. – (Coll. Sociologie 128.)

PIERRON (Luc). - La protection sociale des fonctionnaires : étude critique d'un régime spécial. – Th. Doct. – 2016. - 2 vol. - 1276 p.

ROUYEYRAN (Jean-Claude). - Mémoires et thèses : L'art et les méthodes. – Paris : Maisonneuve&Larose, 1994. - 197 p.

VAN CAMPENHOUDT (Luc), QUIVY (Raymond), MARQUET (Jacques). - Manuel de recherche en sciences sociales. – 5^{ème} éd. – Malakoff : Dunod, 2017. – 30 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. – La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties. – Paris, DREES, 2019. – 168 p. - (Panorama de la DREES santé.)

Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière : Le fonctionnaire hospitalier /sous la direction de Lucas ANDRE. – 15^{ème} éd. - Rennes : Presses de l'EHESP, 2018. – 1200 p. – (Volume 1.)

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. – Guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers. – Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 10 juin 2015. – 62 p.

ARTICLES

BERNARDET (Arnaud), SAURY (André). – « Le comité de gestion des œuvres sociales des hospitaliers (CGOS) : des hommes, des femmes, des valeurs, une parité jamais démentie ». – Les Cahiers hospitaliers, n° 189, 2003, p. 18-22.

GUIOVANNA (Yvonne), LOISON (Dominique). – « Le C.G.O.S. à l'épreuve de l'histoire ». - Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux, 2003, n° 109, p. 33-36.

JUSOT (F.), LEGAL (R.), LOUVEL (A.), et al. – « Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? ». - Questions d'économie de la santé, Paris : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Ministère chargé de la Santé, 2017, n° 225, 6 p.

MARIN (Philippe). – « Stratégie nationale de santé et Stratégie nationale de transformation du système de santé : entre intégration et inversion ». -. Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2019, n° 113, p.8-11.

MARIN (Philippe). – « Le financement au parcours de soins : Entre mode d'allocation des ressources et promotion de la qualité et de la pertinence ». - Gestions hospitalières, 2019, n° 583, p.106-111.

MARIN (Philippe). – « 1924-2004 : 80ème anniversaire de la FHF. Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics. Un modèle de paritarisme ». - Revue hospitalière de France, 2004, n° 500, p. 72-73.

MOUJART (Michel). – « Le CGOS aura quarante ans en l'an 2000 ». -. Cahiers hospitaliers, n° 146, mai 1999, p. 8-12

RATINEAU (Christine), DULUC (Nathalie), GASTON (Stéphanie), et al. – « L'action sociale, levier managérial ». - Revue hospitalière de France, 2017, n° 579, p. 38-41.

RENAULT (Marie-Cécile). – « Santé : les fonctionnaires s'estiment lésés par rapport au privé ». – Le Figaro, 16 juin 2017.

SCORDIA (Bastien). – « Protection sociale complémentaire : l'exception hospitalière en sursis ». – Acteurs Publics, juin 2018, <https://www.acteurspublics.com/2018/06/20/protection-sociale-complementaire-l-exception-hospitaliere-en-sursis>

SCORDIA (Bastien). – « Protection sociale complémentaire des agents : où en sont les trois versants ? » Dossier. – Acteurs publics, n° 133, mai-juin 2018, p.80-91.

SITES INTERNET

<https://www.fonction-publique.gouv.fr/regime-de-protection-sociale-des-fonctionnaires-conges-pour-maladie-et-accident> (consulté le 14 mai 2019)

<https://mutuelle.dispofi.fr/mutuelle-fonctionnaires/protection-sociale-complementaire-par-fonction-publique> (consulté le 14 mai 2019)

Liste des annexes

ANNEXE I	45
Fiche du MIP “Fonction publique hospitalière et protection sociale complémentaire”	45
ANNEXE II	47
Grille d’entretien DRH	47
ANNEXE III	48
Grille d’entretien Assureurs / Mutuelles	48
ANNEXE IV	49
Grille d’entretien Direction générale de l’offre de soins (DGOS)	49
ANNEXE V	50
Grille d’entretien Organisations syndicales	50
ANNEXE VI	51
Questionnaire sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière	51
ANNEXE VII	53
Résultat du questionnaire Protection sociale complémentaire	53
ANNEXE VIII	60
Entretien du 6 Mai 2019 – DH Ancienne déléguée régionale CGOS	60
ANNEXE IX	62
Entretien avec Luc Pierron - Conseiller du Président de la Mutualité Française - 8 Mai 2019 - Durée 1 heure	62
ANNEXE X	71
Entretien avec Philippe MARIN – Enseignant-chercheur EHESP, Ancien Président du CGOS	71
ANNEXE XI	75
Référé de la Cour des comptes du 14 février 2018	75
ANNEXE XII	83
Réponse du 1er ministre du 20 avril 2018 au référé	83
ANNEXE XIII	86
Article 44 de la loi du 9 janvier 1986	86

ANNEXE I

Fiche du MIP “Fonction publique hospitalière et protection sociale complémentaire”



EHESP

MIP 2019

16- Fonction publique hospitalière et protection sociale complémentaire

Les politiques sociales et de santé	x
L'organisation, le pilotage, la régulation et le management des services de santé dans leurs dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale	x
L'environnement et la santé	
La promotion de la santé et la prévention.	

PROBLEMATIQUE :

La protection sociale complémentaire est généralement considérée comme un élément dynamique d'une politique de rémunération et comme un champ essentiel du dialogue social. De plus, depuis la loi de 1999 instituant la CMU-C, la reconnaissance à un « droit à l'assurance-complémentaire » semble se diffuser dans la législation et transformer progressivement les réalités professionnelles. Le tableau ci-dessous établi par Marion del Sol résume bien les réformes mises en œuvre dans les deux dernières décennies :

La fonction publique hospitalière fait ici figure d'îlot de stabilité dans une situation en mouvement. Juridiquement, il faut rappeler que la loi de 2007 introduit un nouvel article 22 bis dans la loi de 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires :

Les personnes publiques mentionnées à l'article 2 peuvent contribuer au financement des garanties de

	Secteur privé	Fonction publique d'État	Fonction publique territoriale
Adhésion	Obligatoire	Facultative (agents publics)	Facultative (agents publics et privés)
Couverture	Santé	Santé et prévoyance	Santé et/ou prévoyance
Conditions*	Pas de condition de solidarité / condition de contenu	Conditions de solidarité familiale et intergénérationnelle / conditions de contenu	Conditions de solidarité familiale et intergénérationnelle / condition de contenu
Liens avec OCAM	Choix de l'OCAM (qu'il y ait ou non une clause de recommandation)	Référencement d'un ou plusieurs OCAM pour 7 ans (après mise en concurrence)	Labellisation nationale de contrats (pour 3 ans) ou Convention de participation avec un OCAM pour 6 ans (après mise en concurrence)
Financement employeur	Participation obligatoire d'au moins 50%	Pas d'obligation de participation Variable selon les ministères, limitée aux transferts de solidarité et versée à l'OCAM (somme globale)	Pas d'obligation de participation Variable (aide à la personne)
ACS	Non mobilisable (mais possibilité dispense d'adhésion)	Mobilisable (souscription individuelle)	Mobilisable (souscription individuelle)

protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent.

II. - La participation des personnes publiques est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités.

Les décrets d'application de la loi ont été pris en 2007 pour la fonction publique d'Etat et en 2011 pour la fonction publique territoriale. Pour le moment, aucun décret n'a été pris concernant la fonction publique hospitalière.

L'analyse de la situation devra être faite à un double niveau :

1. au niveau national, pour préciser les perspectives d'évolution de la réglementation sur le sujet. Les transformations en cours du rôle des CGOS exigeront probablement une réflexion.
2. dans un nombre restreint d'établissements, pour identifier les pratiques et les réflexions en cours.

METHODOLOGIE PROPOSEE :

En préalable, il sera nécessaire de réaliser une revue de la littérature juridique sur la protection sociale complémentaire.

Un certain nombre d'entretiens semi-directifs auprès des administrations centrales, des groupements professionnels et des organisations syndicales sera nécessaire pour établir les positionnements des différents acteurs sur le sujet.

Enfin, l'analyse des pratiques au niveau des établissements nécessitera de réaliser des entretiens auprès des responsables des ressources humaines de plusieurs établissements de taille et aux missions différentes.

TERRAIN ENVISAGE :

Administrations centrales

Groupes d'intérêt

Plusieurs établissements (tailles et fonctions diversifiées)

ANIMATEUR : Gaël Coron, enseignant-chercheur EHESP

ANNEXE II

Grille d'entretien DRH

⇒ **La protection sociale complémentaire dans votre établissement**

- Comment s'organise concrètement la couverture complémentaire santé dans votre établissement ?
- Quels pourraient être les bénéfices selon vous d'une couverture complémentaire maladie à l'échelle de la FPH dans la gestion concrète du personnel de l'établissement de santé ?
- Voyez-vous la PSC comme un levier de gestion des ressources humaines ?
- Quel bénéfices et inconvénients voyez-vous dans l'autonomie des établissements en matière de PSC ?

⇒ **La protection sociale complémentaire dans la FPH**

- Est-ce que l'existence du CGOS est encore pertinente ?
 - Est-ce que la gratuité des soins pour le personnel est encore pertinente ?
 - Est-ce que le système de PSC dans la FPH doit-il être réformé ?
 - Est-ce que l'uniformisation entre les régimes de PSC dans la FP est nécessaire ?
 - La mise en place d'un nouveau système de PSC peut-elle rencontrer des obstacles au niveau du personnel ? Au niveau financier ? Au niveau de la mise en œuvre ?
 - Dans quel délai la réforme du système de PSC est-elle envisageable ?
-

ANNEXE III

Grille d'entretien Assureurs / Mutuelles

- Pouvez-vous vous présenter ? Missions, fonctions, ancienneté ?
 - Quel est l'historique de vos relations avec la FPH ? Quelles sont, selon vous, les spécificités de ce type d'adhérents ?
 - Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 41% des agents de la FPH seraient en situation de non-recours aux soins. Quel est donc votre éclairage sur la situation actuelle : évolution des adhésions, évolution des taux de résiliation, rentabilité des contrats, satisfaction des adhérents ?
 - Selon vous, est-il envisageable d'améliorer le rapport coût de la complémentaire et qualité des soins couverts ? Pourquoi et comment ?
 - Quel est votre avis sur la situation actuelle concernant le CGOS au regard du référé de la Cour des Comptes de 2018 à ce sujet ?
 - La future loi FP, dont la discussion vient de démarrer, constitue-t-elle une menace ou opportunité pour vous ?
 - Comment êtes-vous associés aux réflexions en cours à ce sujet ?
 - Dans un contexte de difficulté financière généralisé des établissements de santé, la mise en œuvre de la PSC des agents pourrait-elle être supportée malgré tout selon vous ?
 - La DREES estime que le secteur des complémentaires a dégagé 300 millions d'excédents en 2014. Dans ce contexte, afin de maintenir une forme de solidarité entre les agents, ne craignez vous pas que l'Etat ne veuille imposer des conditions contraignantes sur les contrats entraînant un risque sur leur rentabilité ?
 - Quelles sont les limites que vous identifiez à la mise en place de contrats collectifs dans le secteur privé depuis 2016 ? Développement de sur-complémentaires, reste à charge plus conséquents etc... ?
 - S'orientent-ils vers une individualisation du risque maladie ou la mise en place de contrats collectifs pour les agents de la FP permettrait-elle selon vous de maintenir un principe de solidarité entre agents, voire entre établissements ?
 - Terminer l'entretien en s'assurant que notre interlocuteur est d'accord pour que le syndicat qu'il représente soit cité dans notre rapport et notre synthèse.
-

ANNEXE IV

Grille d'entretien Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Pouvez-vous vous présenter ? Missions, fonctions, ancienneté ?
 - Quelles sont les réflexions en cours à la DGOS sur la participation des employeurs de la FPH à la PSC des agents ?
 - Aujourd'hui, les établissements publics de santé ne participent pas au financement des complémentaires maladie pour leurs agents. Selon la DREES, 41% des agents de la FPH seraient en situation de non-recours aux soins. Quel sont les réflexions en cours, à la DGOS, à ce sujet ?
 - Si les établissements publics de santé doivent demain prendre en charge une partie du coût des assurances maladies complémentaires de leurs agents, des projections financières au sujet de ce financement ont-elles été réalisées par la DGOS ?
 - Dans un contexte de tension financière sur les établissements de santé, la mise en œuvre de la PSC des agents pourrait-elle être supportée malgré tout selon vous ?
 - Quel est l'avis de la DGOS sur l'avenir du CGOS au regard du référé de la Cour des Comptes de 2018 notamment concernant la prestation pour un agent en congé maladie (compensation revenu/maintien de salaire) ?
 - La DGOS est-elle associée aux réflexions concernant la future loi sur la FP ? Si oui, de quelle manière et concernant quel sujet ? Comment se passe la concertation, notamment car les 3 FP sont concernées ?
 - La DREES estime que le secteur des complémentaires a dégagé 300 millions d'excédents en 2014. Dans ce contexte, afin de maintenir une forme de solidarité entre les agents, ne pensez-vous pas qu'il faille imposer certaines conditions contraignantes sur les contrats qui seraient proposés par les compagnies d'assurance/mutuelle ?
 - Comment la DGOS répond-t-elle à l'inquiétude de certaines organisations syndicales, qui craignent que la mise en place de contrats collectifs dans la FPH conduise à une couverture maladie de moindre qualité
 - Selon la DGOS, la mise en place de contrats collectifs pour les agents de la FPH permettra-t-elle de maintenir un principe de solidarité entre agents, voire entre établissements ?
-

ANNEXE V

Grille d'entretien Organisations syndicales

- Pouvez-vous vous présenter ? Missions, fonctions, ancienneté ?
 - Pouvez-vous nous présenter l'historique de la position de votre syndicat au sujet de la PSC des agents de la FP ? Pour l'hospitalière en particulier ?
 - Quel est votre éclairage sur la situation actuelle : quel est votre constat ? Est-ce un sujet de préoccupation qui est régulièrement remonté par les agents ? Est-ce que, à votre connaissance, c'est un sujet de débat entre les OS et les directions ?
 - Eléments de relance : la complexité du système et de l'offre ; le coût trop élevé qui est mis en avant pour justifier le projet de loi de possibilité de résiliation à tout moment ; l'importance du non recours aux soins.
 - Que pensez-vous des spécificités de la FPH ? Notamment quel est votre avis sur la situation actuelle concernant le CGOS au regard du référé de la Cour des Comptes de 2018 à ce sujet ?
 - La future loi FP dont la discussion vient de démarrer constitue-t-elle une menace ou opportunité pour votre organisation ?
 - Quelles sont les pistes de négociation dans cette future loi ?
 - Plus largement, que pensez-vous de la place des syndicats dans cette négociation : menace ou opportunité pour les organisations syndicales ? Les droits des assurés ?
 - Quels sont les points de consensus et les points de désaccords avec les autres centrales, concernant ce projet de loi, et plus largement la PSC dans la FP ? Comment analysez-vous les différences d'approche entre OS ?
 - Quelle doit-être selon vous la place des organisations syndicales dans la gouvernance de la PSC ? (gouvernance, contrôle ...)
 - Quelles sont les limites que vous identifiez à la mise en place de contrats collectifs dans le secteur privé depuis 2016 ? Développement de sur-complémentaires, reste à charge plus conséquents etc...
 - S'orienter-t-on vers une individualisation du risque maladie ou la mise en place de contrats collectifs pour les agents de la FP permettrait-elle selon vous de maintenir un principe de solidarité entre agents, voire entre établissements ?
 - Comment les dispositions relatives à la PSC des agents de la FP qui seront débattues dans le projet de loi FP de 2019 s'intègrent selon vous dans la refonte envisagée par le gouvernement de l'Etat-providence ?
 - Terminer l'entretien en s'assurant que notre interlocuteur est d'accord pour que le syndicat qu'il représente soit cité dans notre rapport et notre synthèse.
-

ANNEXE VI

Questionnaire sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière

Dans le cadre de notre scolarité à l'EHESP, nous participons à un MIP, sur le thème de la PSC pour les agents de la FPH. Nous sollicitons votre participation à une brève enquête (moins de 2 minutes). Les résultats seront très utiles pour notre étude. Nous vous remercions à l'avance de votre participation à ce questionnaire.

Très cordialement

Le groupe de travail

BELDOIANZ Sabrina (D3S), BOBE Steven (DH), COMBES Lucile (D3S), GOUVINE Paul (AAH), JESTIN Yannick (DS), LOPES ANDRADE José (AAH), KHOUHLI Rayane (DH), MAXENCE Véronique (DS), POIRET Florent (DH).

1. **Quelle est votre fonction ? (cocher la réponse)**

Directeur/ Directrice Générale

Directeur / Directrice Générale Adjointe

Directeur/ Directrice des ressources humaines

Directeur / Directrice des affaires financières

Directeur / Directrice des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux

Autre (Préciser).....

2. **Quel est le type d'établissement dans lequel vous exercez ? ? (cocher la réponse)**

Centre Hospitalier Universitaire

Centre Hospitalier

Établissement spécialisée

Établissement Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Autre (à préciser)....

3. **Quelle est la taille de votre établissement ? (cocher la réponse)**

-100 lits /places

Entre 100 et 250 lits/ places

Entre 251 et 500 lits/places

501 et 1000 lits ou places

1001 et 1500 lits ou places

1501 et 2000 lits ou places

+ 2001 places

4. **Quel est le nombre d'agent non médicaux ? (cocher la réponse)**

-100 agents

Entre 100 et 250 agents

Entre 250 et 500 agents

500 et 1000 agents

1000 et 1500 agents

1501 et 2000 agents

2001 et 2500 agents

2501 et 3000 agents

3001 et 3500 agents

3501 et 4000 agents

4001 et 4500 agents

4501 et 5000 agents

5001 et 5500 agents

6001 et 6500 agents

+ 6501 agents

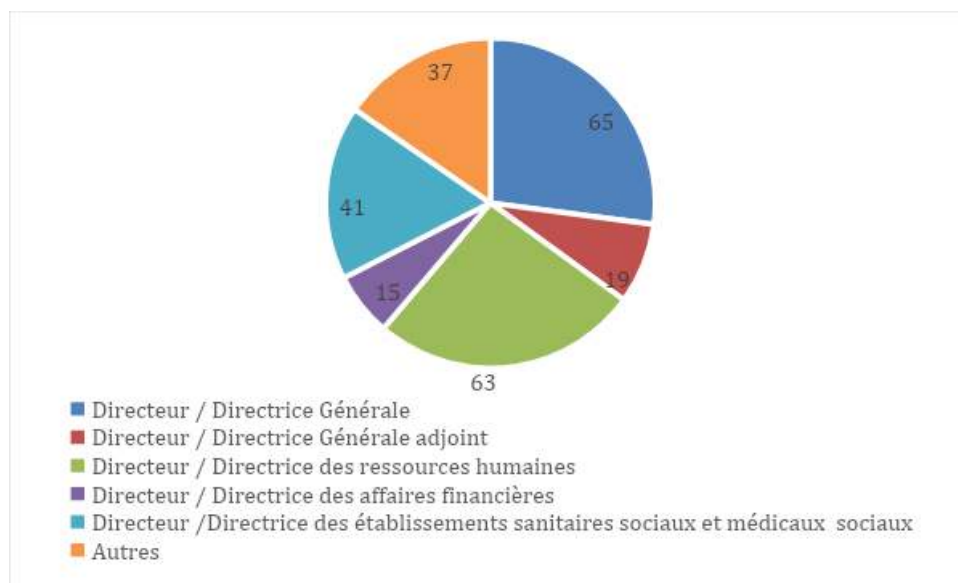
5. **Avez-vous déjà envisagé la mise en place d'une complémentaire santé obligatoire pour les agents de votre établissement ?**
- Oui
 - Non
6. **Quelle serait à votre avis la plus-value pour votre établissement, à la mise en place d'une complémentaire santé pour les agents de votre établissement ?**
- Une avancée dans le dialogue social
 - L'attractivité de recrutement
 - Baisse de l'absentéisme
 - Offrir une meilleure couverture de santé pour vos agents
 - Autre (à préciser)
7. **Quels sont les freins pour vous à la mise en place d'une complémentaire santé pour les agents de votre établissement ?**
- Financier
 - Réglementaire
 - Organisationnel
 - Autre (à préciser)
8. **Dans le cadre d'une réglementation de prise en charge des complémentaires santé pour les agents de la fonction publique hospitalière, préféreriez-vous ?**
- Un système obligatoire pour les agents
 - Un système facultatif au libre choix de l'agent
 - Autre (à préciser)
9. **Dans le cadre d'une réglementation obligeant les établissements à une prise en charge des complémentaires santé pour leurs agents, préféreriez-vous ?**
- Une labellisation des assurances complémentaires (libre choix des agents avec participation forfaitaire de l'employeur)
 - Un contrat d'assurance complémentaire unique pour l'ensemble des agents de l'établissement
 - Autre
10. **En cas de mise en concurrence des organismes d'assurance complémentaire, préféreriez-vous une mise en concurrence ?**
- Au niveau national
 - Au niveau régional
 - Au niveau d'un Groupement Hospitalier de Territoire
 - Au niveau d'un Groupement d'achat (de type UGAP, UniHA...)
 - Autre (à préciser)
11. **Pensez-vous que dans la mise en pratique d'une assurance complémentaire, il faudrait intégrer le ou les risque(s)**
- Décès
 - Dépendance
 - Maladie indemnités journalières
 - Autre (A préciser)
12. **Souhaitez-vous nous apporter un complément d'information sur cette thématique**

ANNEXE VII

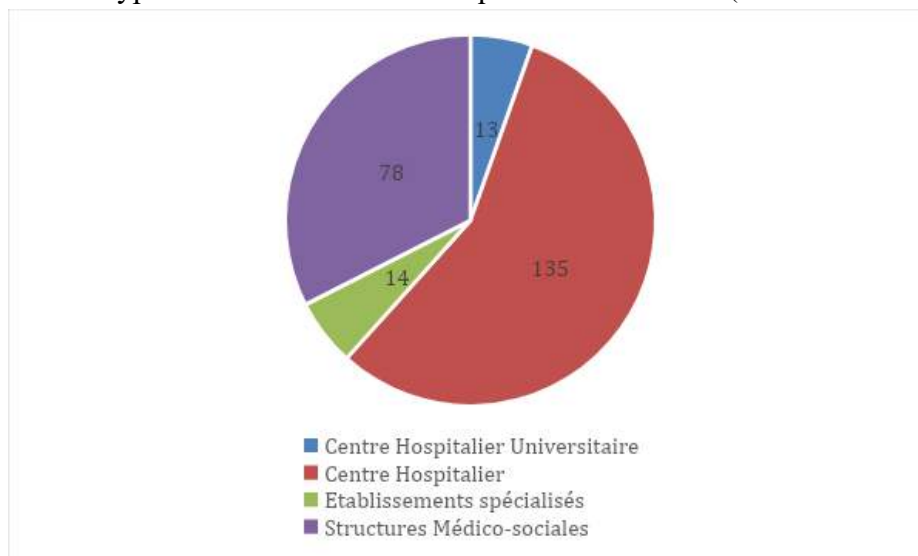
Résultat du questionnaire Protection sociale complémentaire

Le nombre de questionnaire reçu est de 240.

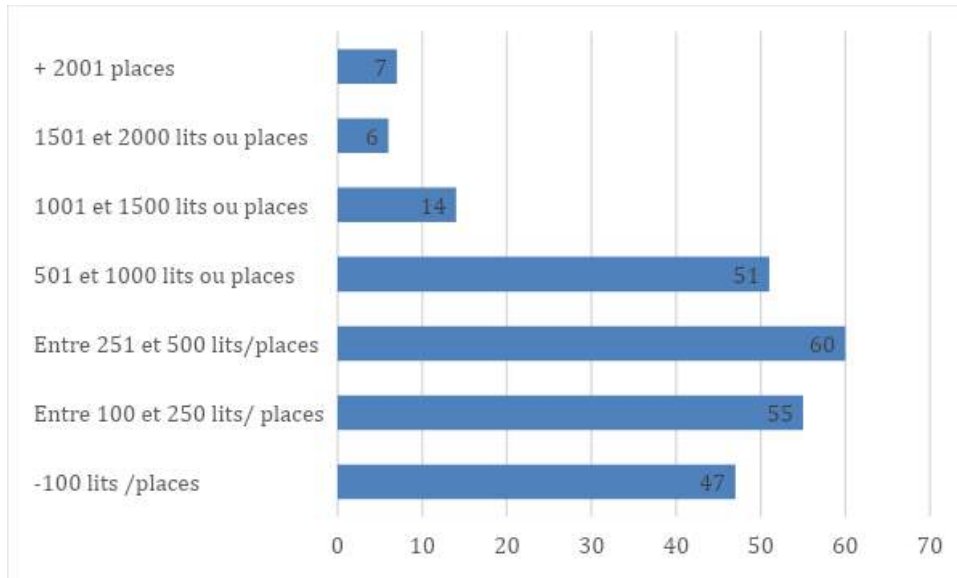
1- Quelle est votre fonction ? (Nombre de personne par fonction)



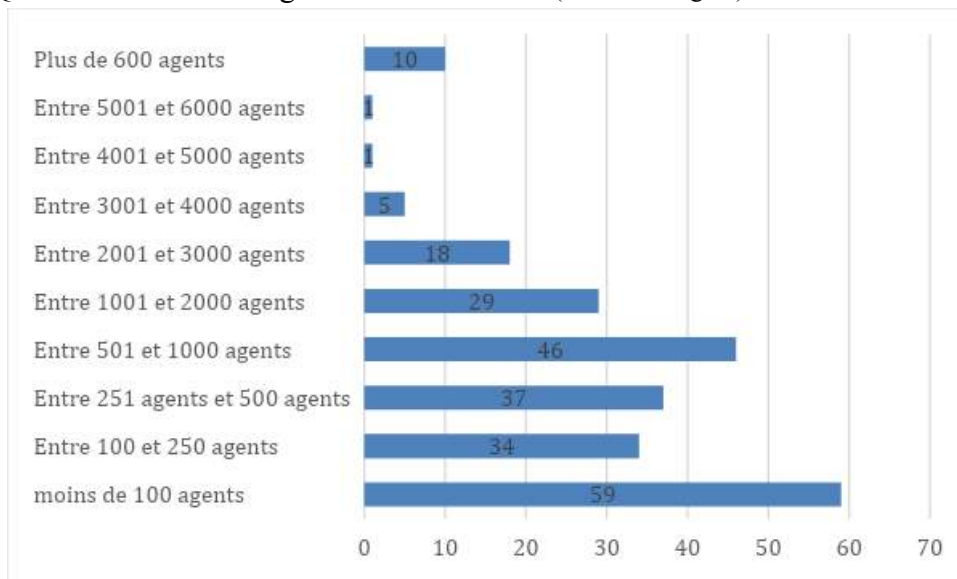
2- Quel est le type d'établissement dans lequel vous exercez ? (Nombre d'établissement)



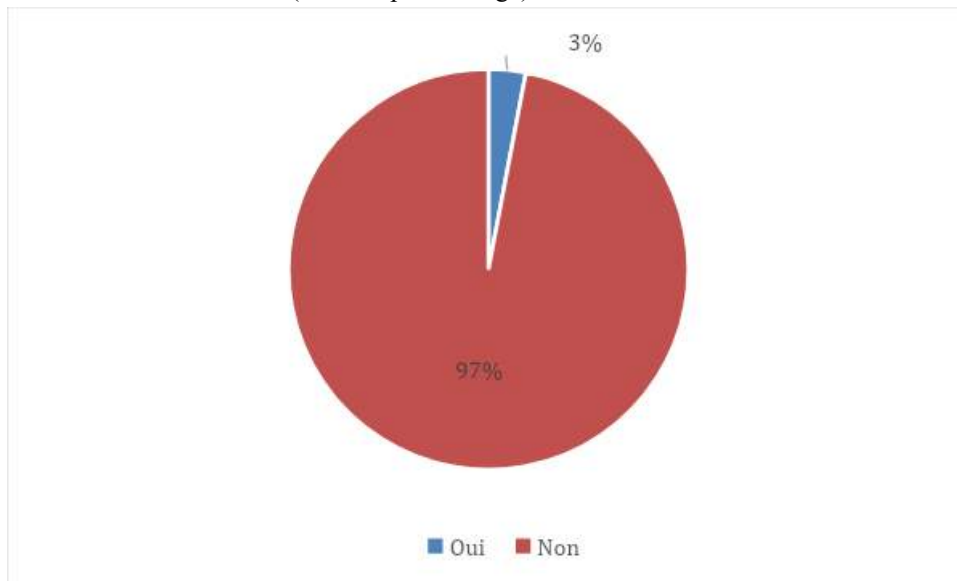
3- Quelle est la taille de votre établissement ? (Nombre de lits ou de places)



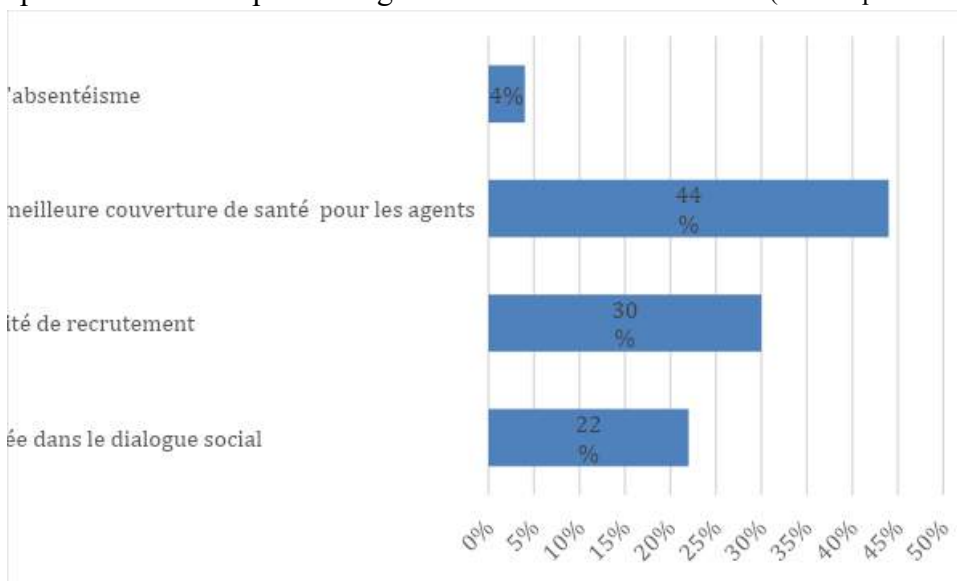
4- Quel est le nombre d'agent non médicaux ? (Nombre d'agent)



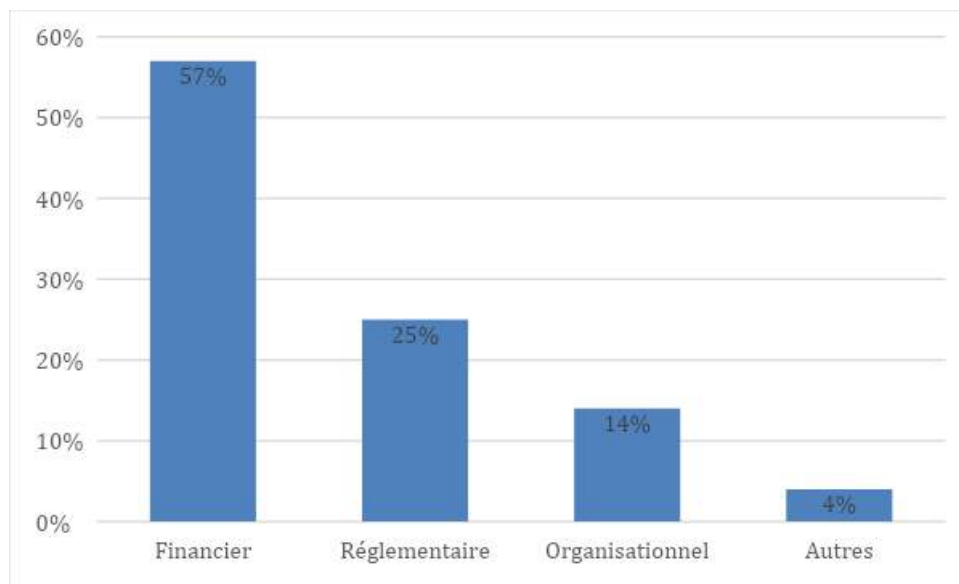
5- Avez- vous envisagé la mise ne place d'une complémentaire santé obligatoire pour les agents de votre établissement ? (Taux en pourcentage)



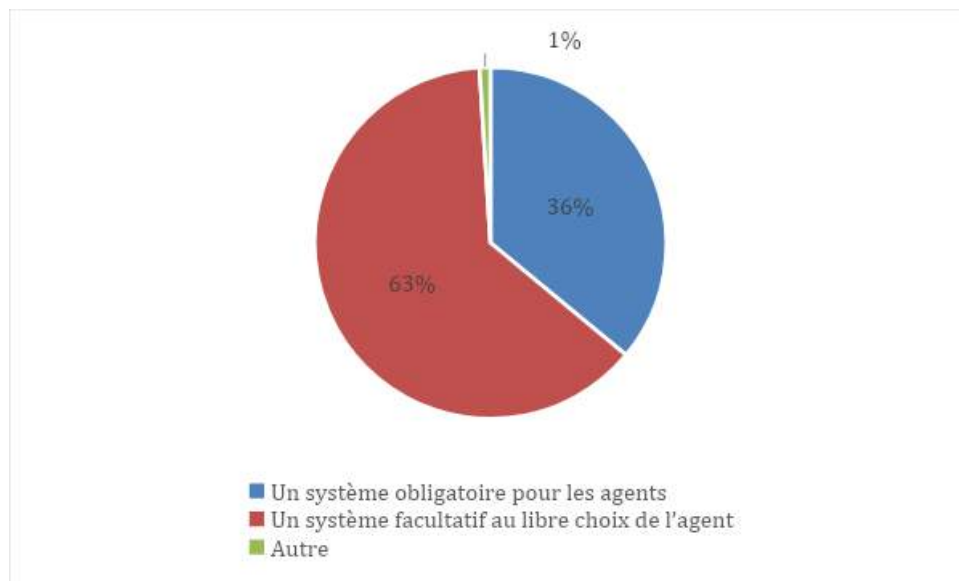
6- Quelle serait à votre avis la plus- value pour votre établissement, à la mise en place d'une complémentaire santé pour les agents de votre établissement ? (taux en pourcentage)



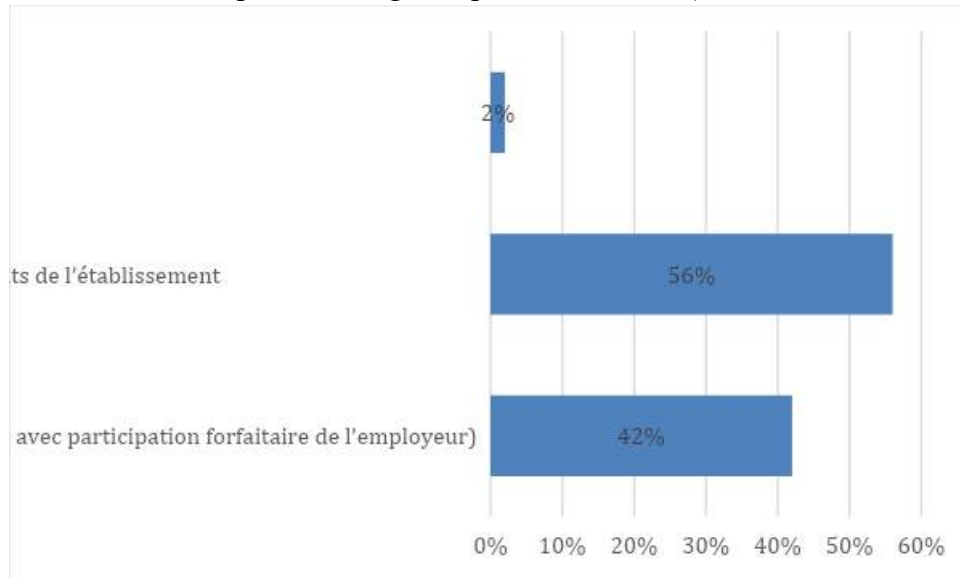
7- Quels sont les freins pour vous à la mise en place d'une complémentaire santé pour les agents de votre établissement ? (taux en pourcentage)



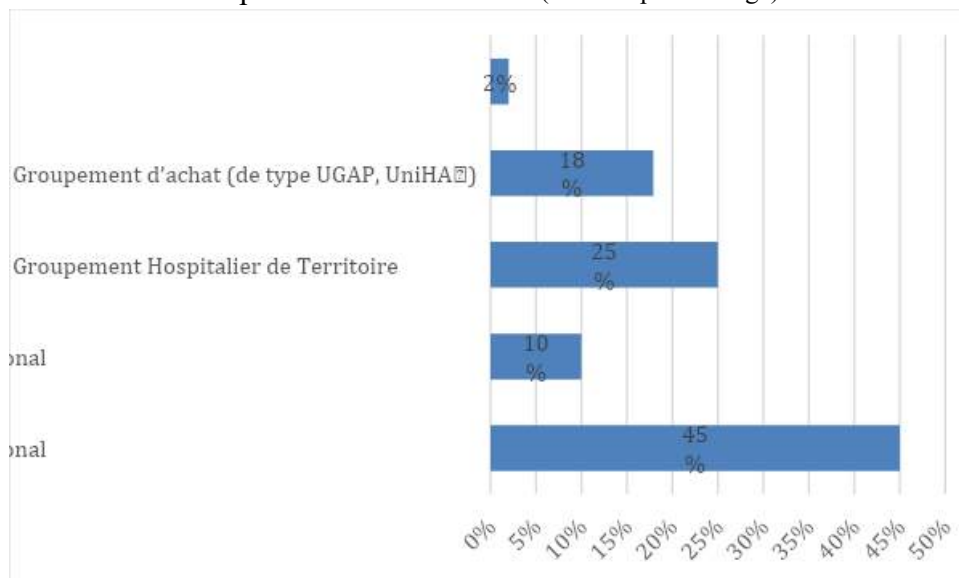
8- Dans le cadre d'une réglementation de prise en charge des complémentaires santé pour les agents de la fonction publique hospitalière, préféreriez-vous ? (Taux en pourcentage)



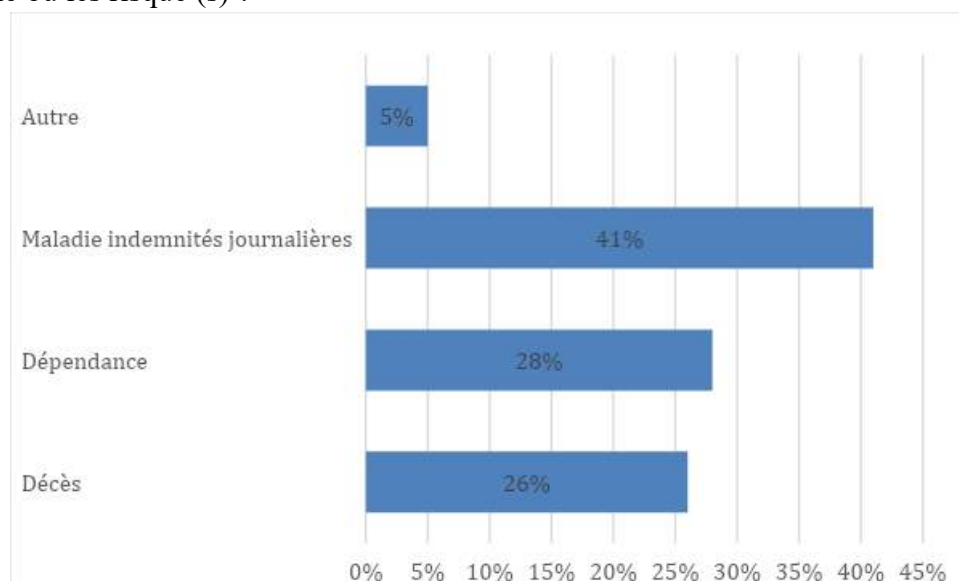
9- Dans le cadre d'une réglementation obligeant les établissements à une prise en charge des complémentaires santé pour leurs agents, préféreriez-vous ? (Taux en pourcentage)



10- En cas de mise en concurrence des organismes d'assurance complémentaire, préféreriez-vous une mise en place en concurrence ? (Taux de pourcentage)



11- Pensez-vous que dans la mise en pratique d'une assurance complémentaire, il faudrait intégrer le ou les risque (s) ?



12- Souhaitez-vous nous apporter un complément d'information sur cette thématique ?

- « Non »
- « Le risque indemnités journalières maladie doit rester facultatif »
- « Laisser le choix aux établissements de souscrire un contrat spécifique pour les cadres et les médecins. »
- « Nous avons tenté de mettre en place une complémentaire santé pour les agents volontaires de la structure, mais malheureusement les propositions n'étaient pas du tout compétitives, et la MNH n'a même pas fait de proposition commerciale autre que ses tarifs en cours... »
- « Le versement par le CGOS de la prestation maladie est atypique pour un CE et mobilise fortement son budget issu des cotisations des établissements. Son arrêt semble un pré-requis pour envisager une complémentaire santé dans la FPH. Attention votre questionnaire donne l'impression d'une orientation de principe en faveur à une prestation sociale complémentaire. »
- « Je suis peu favorable avec vos propositions à la question 6. J'ai répondu par défaut. Lorsque les conjoints des agents ont eu l'application dans le privé, les agents étaient inquiets que cela s'impose à eux. Si l'obligation passe, il faudra simplifier au maximum pour les professionnels (PM et PNM) et pour l'employeur hospitalier. Aujourd'hui certains PH qui font une AIG ont souvent 2 mutuelles (celle de son choix + celle imposée par son employeur privé). Si au sein d'un GHT ou d'un département, il y a des contrats différents, cela risque d'accentuer la concurrence entre les structures pour le recrutement des métiers en tension. Bon courage pour ce MIP. »
- « pas dans l'immédiat »
- « Bonne chance pour votre MIP (ça rappelle d'excellents souvenirs) »
- « Un travail d'accompagnement serait nécessaire car la prévoyance et la complémentaire santé n'est pas toujours bien compris »
- « Au titre de l'équité entre le public et le privé, ce projet serait idéal mais qui payerait ? »
- « Ne pas oublier le rôle du CGOS (complément salaire maladie) »

- « *Aucun* »
- « *Cette mise en place, si elle serait une avancée pour les agents des établissements, représenterait une charge financière non négligeable à évaluer au regard des situations souvent difficiles des établissements. De plus, cette opportunité concernerait qui? les contractuels? les titulaires / stagiaires? Cela ne pourrait pas être possible pour les CDD de courtes durées vu la lourdeur administrative de ce processus. Bon courage pour votre travail.* »
- « *Cette protection existe dans le privé et dans la FPT. Il serait judicieux de la proposer dans les 3 FP. Posséder une mutuelle est indispensable mais pour des raisons financières, notamment pour les agents de la catégorie C, cela est parfois un poste d'économie dans le budget familial.* »
- « *La complémentaire FPH existe déjà : la MNH* »
- « *Respect de la réglementation en vigueur, l'absentéisme n'en serait pas diminué au contraire ...doit on revoir la législation quant aux journées de carence (3 dans le privé !)* »
- « *Non* »
- « *Si nous devons nous séparer de cette option du CGOS, il faut appliquer le même dispositif que dans les autres FP. qui a mandaté votre étude? je serai curieuse de le savoir...* »
- « *articulation assurance complémentaire et CGOS? importance des indemnités journalières dans la gestion du dossier maladie pour limiter la précarisation des hospitaliers* »
- « *A la question 6, j'ajouterai que l'opportunité principale que je verrai à une assurance santé complémentaire avec participation de l'employeur réside dans le caractère intégratif de la mesure (renforce le sentiment d'appartenance à l'Institution). Le lien avec l'Institution peut être grandement renforcé, et on ne peut en retirer que des effets positifs collectivement.* »
- « *Pourrait permettre dans une négociation efficace de donner une meilleure couverture avec des coûts plus bas et d'éviter le renoncement aux soins* »
- « *il est indispensable de protéger les agents au même titre que les salariés des grosses entreprises. Trop de personnes sont sans couverture complémentaire et sans ressources en cas de longue maladie et ceci renforce les inégalités.* »
- « *Le CGOS est un organisme efficace et apprécié qui fournit une partie de ces services sur un modèle associatif qui a tout son intérêt.* »
- « *Sujet que je découvre. Merci pour l'apport si possible.* »

ANNEXE VIII

Entretien du 6 Mai 2019 – Ancienne déléguée régionale CGOS

1) Pouvez-vous vous présenter ? Missions, fonctions, ancienneté ?

Auparavant j'ai été déléguée régionale du CGOS durant 2 ans. Chaque délégué régional avait en charge une mission transversale pour le CGOS : pour ma part, j'étais en charge d'une mission sur la mise en place d'une comptabilité analytique, et j'ai donc été chargée notamment de répondre à la Cour des comptes à ce sujet.

2) Quel est votre éclairage sur la situation actuelle : quel est votre constat ? Est-ce un sujet de préoccupation qui est régulièrement remonté par les agents ? Quel est votre avis sur la situation actuelle concernant le CGOS au regard du référé de la Cour des Comptes de 2018 à ce sujet ?

Le référé de la Cour des Comptes a suscité beaucoup d'inquiétude voire de suspicion : pourquoi un emballement soudain en 2017 ? Le sujet était connu de longue date, et nous avons eu l'impression d'une accélération en lien avec le chantier prévoyance lancé par Gérald Darmanin.

Concernant le financement du C.G.O.S., il y a une vraie crainte au sujet du versement des établissements publics de santé de 1,5% : quelle est la part qui va être maintenue si la prestation maladie est retirée au CGOS ? Que va faire le gouvernement de la part récupérée sur le budget des établissements publics de santé ?

Un rapport de la DGOS devait être publié à l'été 2018 à ce sujet, le contexte politique n'a sans doute pas été opportun et il ne l'a pas été.

3) Quelles sont les positions au sein du C.G.O.S à ce sujet ?

Au sein du CGOS, le sujet a été abordé aux instances, notamment lors de l'assemblée générale 2018. En matières d'équilibres au sein du CGOS, seule la CFDT se montre ouverte à une réforme de la PSC et du rôle du CGOS en la matière. Les autres centrales sont hostiles.

Le CGOS ne bougera pas sur ce sujet tant que le ministère ne nous demandera pas de le faire, la Cour des Comptes n'ayant aucun pouvoir coercitif sur le CGOS.

Il faut également avoir en tête que l'AP-HP ne bénéficie pas du CGOS, donc il n'y a pas d'unité en matière de couverture PSC aujourd'hui dans la FPH.

La question des équilibres financiers du CGOS est évidemment au cœur du débat, d'abord en interne : en 2017, le montant des prestations maladie versées a augmenté de 5%. Le CA a donc décidé pour 2018 de supprimer certaines prestations sociales dans un contexte de stagnation des recettes (puisque ces recettes sont assises sur la masse salariale des établissements).

Cette protection est très "installée" pour les agents. Lorsqu'il s'est agi de baisser le taux de prise en charge il y a deux ans, de 47.5% à 45% du traitement, cela a été très compliqué et la FHF est passée en force au sein du CA.

Pour la FHF, le levier de l'AMC permettrait une meilleure équité entre agents de la FPH, car aujourd'hui seuls 5% des agents bénéficient réellement des prestations. Il y a aussi la conviction que le dispositif favoriserait une forme d'absentéisme. C'est un sujet qu'il ne faut pas écarter : le statut prévoit le maintien du traitement les 3 premiers mois (par forcément consécutifs) de l'année glissante, donc un agent peut rapidement tomber à mi-traitement. C'est là que le CGOS intervient et couvre jusqu'à un an d'arrêt "normal". Il peut donc y avoir certains abus, avec une forme de "droit de tirage" des agents qu'on a déjà pu constater.

4) Est-ce que, à votre connaissance, c'est un sujet de débat entre les OS et les directions ?

Globalement, l'action sociale n'intéresse pas les DRH aujourd'hui. C'est lié à plusieurs facteurs : d'abord les prestations du CGOS sont mal connues. Ensuite, sans doute que le C.G.O.S. a été maladroit dans sa manière de communiquer avec les directions : il s'est recentré à un moment sur ses correspondants dans les établissements et a arrêté de communiquer avec les directeurs. Le virage digital a accentué ce phénomène, et les directeurs considèrent aujourd'hui qu'il ne s'agit plus d'un sujet prioritaire.

Les OS ont été actives au moment de la fin annoncée de la prestation retraite. Sinon, elles ne semblent pas s'être localement saisies du sujet.

Si l'on posait aujourd'hui la question aux agents, ce n'est pas sûr qu'ils souhaiteraient conserver le modèle actuel, car encore une fois au final peu d'entre eux en bénéficient. Sans doute préféreraient-ils une participation de leur employeur au financement de leur AMC.

ANNEXE IX

Entretien avec Luc Pierron - Conseiller du Président de la Mutualité Française - 8 Mai 2019 - Durée 1 heure

Nous : Notre sujet porte donc sur la PSC dans la FPH. Ce sujet est vaste et concerne la question des ressources humaines hospitalières, d'attractivité pour les établissements. Nous avons pour le moment abordé ce sujet sous cet angle, bien que le moment soit particulier car il y a le projet de loi FP dont l'examen débute à l'assemblée. Au vu des premiers entretiens que nous avons mené, nous avons pu nous apercevoir que ce sujet était sensible. Pour le moment, il est difficile d'obtenir des informations précises sur ce thème.

LP : Je n'ai pas d'intérêt dans la FPH ou dans les ministères. Je peux donc vous éclairer sur ce sujet et sur certains nombres d'éléments. Il y a eu récemment un certain nombre de publications qui ont pu exister sur ces sujets avec la difficulté pour la FPH qui est le seul versant où il n'y a pas eu d'avancées depuis 2007 sur la mise en œuvre de mécanismes et de dispositifs dédiés en matière de PSC. Même concernant l'historique, je peux revenir là-dessus sans aucun problème.

Pouvez-vous nous préciser d'abord le contenu de vos missions aujourd'hui ?

Je suis Luc Pierron. Je travaille à la Mutualité Française en tant que conseiller du président. J'ai 3 fonctions qui sont :

- 1/ Je suis sa plume et m'occupe de la relation avec la presse, de la rédaction de ses discours et de la communication politique au sens large du président.
- 2/ Je suis aussi auprès de lui un conseiller technique, c'est à dire l'accompagner sur les derniers rapports sortis, veille juridique législative et autre.
- 3/ Un chef de projet, notamment sur des projets à dimension politique comme par exemple dernièrement nous avons travaillé sur un projet en rapport avec l'Europe sociale et sur un grand oral des candidats aux élections européennes diffusé par la chaîne LCP.

Que pouvez-vous nous dire des relations historiques entre la mutualité française et la FPH ?

La mutualité française est la fédération des principales mutuelles présentes en France. En France, il y a 3 principaux types d'organismes assureurs : les mutuelles, les sociétés d'assurances capitalistiques et les institutions de prévoyance.

Il se trouve que historiquement le monde mutualiste a noué des liens avec la FP au sens large, parce que l'un des grands bastions de manière historique de la mutualité c'est la FP car elle avait la force de permettre aux ministères d'inciter à l'organisation d'une protection sociale avec les agents à leurs côtés. En effet, la mutualité est une structure à gouvernance démocratique. Les agents sont les adhérents, sont ceux qui vont être élus et donc décider des cotisations et prestations. Donc à partir de là, il y a toujours eu un rôle des ministères pour inciter le développement des mutuelles en leur sein. C'était une manière de faire de l'action sociale. Ce phénomène s'est développé dès le 19e siècle bien avant que ne soit généralisé une quelconque protection sociale obligatoire type sécurité sociale.

Ce lien historique a donc toujours existé. La mutualité française n'a donc pas de lien directe avec la FPH mais ce sont des mutuelles dites professionnelles, ce qui est le cas de par exemple la MNH pour la FPH ou de la MGEN dans l'éducation nationale.

Même si aujourd'hui les organismes sont dans une franche concurrence et que les agents peuvent aller dans n'importe quel organisme de PSC, néanmoins quand on s'attache à l'histoire il y a eu une forte incitation des ministères. A la fois en incitant les agents à s'investir dans les mutuelles mais aussi en les finançant via des subventions directement versées aux mutuelles. Dans cette situation, cela semblait naturelle, par une forme de corporatisme, d'aller dans sa mutuelle professionnelle, comme il était naturel pour le ministère de financer et de subventionner très largement sa mutuelle professionnelle parce que comme dans cette mutuelle il y avait leurs agents qui étaient les adhérents, qui étaient les élus, forcément du moment qu'on verse 1 euro à cette mutuelle, c'est comme si on versait un euro aux agents.

Si on fait le pont, c'est ce qui a été remis en question en 2005 par la commission européenne et par le Conseil d'Etat ?

Tout à fait. Mais sur deux aspects différents.

Pour la commission européenne, c'est vraiment la question de venir financer une entreprise privée sur un marché concurrentiel.

Le Conseil d'Etat lui s'est positionné sur le fait que ces subventions atteignent le principe d'égalité :

1/ Certaines mutuelles de fonctionnaires n'en bénéficient pas.

2/ Comment se faisait-il qu'entre une mutuelle de fonctionnaires et une mutuelle dite de non fonctionnaire, seules les mutuelles de fonctionnaires pouvaient en bénéficier ?

Le décret, sur lequel reposait le mécanisme de subvention, a donc dû être annulé et à partir de là entre 2005 et 2007 ont débuté de grandes discussions afin de faire émerger le dispositif que l'on connaît aujourd'hui pour la FP au sens large.

Le constat que nous avons pu faire est que les administrations se sont peu saisies du dispositif bâti en 2007, d'où la nécessité aujourd'hui d'y revenir.

Pour revenir sur un peu d'historique sur le dispositif de 2007, d'immenses négociations ont été lancées dès 2005 quand l'outil a été cassé on va dire. Beaucoup de débats et de concertations ont été menés entre les employeurs et les organisations syndicales afin d'arriver à un nouveau dispositif car du jour au lendemain on se retrouvait avec des mutuelles de fonctionnaires sans subventions, ces subventions étant illégales. La question était comme on permet d'un côté à des employeurs privés de financer la PSC de leurs salariés alors que pas du tout dans le monde de la FP. Cela amenait une forme d'inégalité qu'il fallait résoudre très vite. C'est pour ça qu'il y a eu un premier travail menant à un dispositif en 2007 où on voulait que ça soit extrêmement solidaire à la fois dans les garanties proposées que dans le financement du dispositif. C'est quelque chose qui a atterri dans le statut général de la FP et qui a donné la fameuse disposition qui existe aujourd'hui.

Très rapidement dans la FPE, il y a une transposition du dispositif avec le décret de 2007. Il y a eu beaucoup plus de négociation au niveau de la FPT car la difficulté est qu'il n'y a pas la même surface financière dans les collectivités territoriales que dans un ministère. La commune qui a son agent, sa secrétaire administrative qui peut éventuellement bénéficier du dispositif de la même manière que des agents de la Mairie de Paris ou que le conseil régional d'Ile de France. Comment on réussit à transposer un dispositif qui forcément ne peut pas être celui de l'Etat.

A partir de là il y a deux choses déployées, d'un côté pour les collectivités territoriales, les conventions de participation qui ressemblent à des référencements, de l'autre la labellisation, qui visaient à éviter qu'une collectivité territoriale ait à choisir un organisme complémentaire particulier selon un contrat défini sous la forme d'un appel d'offres qui est une sorte de simili marché public.

Cela était un moyen d'avoir une déclinaison assez utile et efficace pour permettre à tout le monde de bénéficier de ces garanties.

La grande difficulté de ce dispositif, que j'ai pu constater, présente à la fois dans la FPE et la FPT, est que même si il y a un recours de ces mécanismes par les ministères ou par les collectivités, ce sont les agents qui s'en détournent. Cela s'explique par le fait d'avoir d'un côté un degré élevé de solidarité par le financement et des garanties assez haut de gamme par rapport au reste du marché des complémentaires santé et prévoyance, et de l'autre du facultatif. On n'organise pas par une mutualisation obligatoire comme cela se fait pour les salariés du privé ce qui fait par aléa moral, ceux qui se tourne vers ces contrats sont ceux qui ont le plus gros risque et donc derrière cela renchérit le coût du contrat : on a alors un effet de chaîne qui se crée. Ces contrats assez haut de gamme sont finalement, en termes de tarif, assez peu disants.

Finalement, on est dans une situation paradoxale où on veut être le mieux disant en termes de garanties et de financement d'un côté mais on n'a pas les moyens d'assurer cette solidarité parce que derrière ceux qui vont se tourner vers ces contrats sont ceux qui sont le plus à risque et donc à terme ceux qui seront les plus coûteux. Forcément, les jeunes, les moins à risques s'en détournent.

Ce qui peut mettre en doute l'ensemble du dispositif, c'est que derrière quand vous avez un ministère ou une collectivité qui parfois met plusieurs mois de négociation avec les organisations syndicales en interne pour essayer de définir un cahier des charges, puis vous passez dans la procédure d'appel d'offre, puis vous sélectionnez l'organisme, puis vous le mettez en place...c'est quelque chose d'extrêmement lourd pour des résultats assez décevants. A partir de là, ça appelle à repenser le tout, d'autant qu'y compris pour les employeurs, les finances publiques étant ce qu'elles sont, n'ont pas la possibilité de financer à hauteur de 50% le dispositif comme ça peut exister dans le secteur privé.

Donc finalement, c'est les 2 principales raisons qui font qu'on s'en détourne :

- 1/ Une solidarité élevée alors que ce n'est pas obligatoire, très peu de mutualisation, donc un enchérissement du contrat élevé pour ceux qui se laissent engager.
- 2/ Un employeur public qui ne participe pas au coût et donc cela ne compense pas ce surcoût.

Concernant la FPH, aucun dispositif n'a été mis en place. Toutefois, les agents peuvent bénéficier d'un accès aux soins gratuits. Ce droit semble néanmoins mal appliqué aux soins des établissements.

Pourtant c'était l'un des arguments afin de ne pas lancer de négociation sur la PSC. C'est d'ailleurs l'une des principales difficultés auxquelles on a fait face ces dernières années dans l'avancé de la PSC dans la FPH, c'est qu'il n'y avait pas de demande de la part ni des organisations syndicales, ni des employeurs publics.

Ce qui est relativement nouveau aujourd'hui, c'est que d'un côté on a un article 44 sur la gratuité des soins qui est :

- 1/ Rejeté par les employeurs publics en général car il y a très d'information de faite sur ce dispositif même s'il existe.
- 2/ Créé des inégalités car selon si on travaille dans un hôpital de proximité, dans un EHPAD ou dans un CHU, la gratuité des soins ce n'est pas la même chose. La question se pose donc là aussi.

3/ Enfin, on n'a jamais eu une très forte demande des organisations syndicales de la FP, mais ça s'est généralisé sur leur protection sociale. Ils n'en n'ont jamais fait un combat syndical. On a beaucoup entendu de choses sur le point d'indice, sur l'idée d'avoir des primes, mais toutes ces rémunérations accessoires complémentaires que pouvaient constituer la PS n'a pas du tout étaient pris comme sujet. J'ai pu observer ce phénomène dans les 3 versants de la FP.

Aujourd'hui, la relance de cette question de la PSC revient car :

1/ Le dossier est véritablement mis sur la table par le ministre, M DARMANIN.

2/ Un nouveau rapport d'inspection qui est attendu cette année sur la question et qui intègre pour la 1er fois la FPH, rapport qui aurait déjà dû sortir l'été dernier.

3/ Il y a eu un référé de la Cour des Comptes qui vient remettre en cause le mécanisme du CGOS. A partir de là, une remise en cause de ces dispositifs de prévoyance organisés par le CGOS implique forcément une réflexion sur un autre mécanisme.

Au vu des doutes qui émergeaient au niveau de la FPE et FPT, il semblait normal de relancer la réflexion pour les 3 versants de la FP, et donc de réfléchir sur la globalité du dispositif.

La mise en place de la participation obligatoire de l'employeur à une PSC dans le privé a peut-être joué à ce que cela devient une question dans la FPH ?

C'est vrai que cette généralisation transposée dans la loi de finances pour 2016 vient faire émerger 2 choses qui n'existent pas dans la FP :

1/ L'obligation d'une PSC.

2/ La participation employeur.

Il faut bien distinguer ces 2 éléments car l'argument qui revient souvent est de dire que ça n'est pas un mécanisme qui est transposable directement dans la FP car on n'a pas les moyens, c'est finalement cette idée d'une participation obligatoire qui serait versé à tous.

Pour autant, rien n'empêchait d'organiser une obligation d'adhésion des agents à un contrat collectif. Cela ne peut pas être fait par un accord collectif ou une convention collective comme dans le secteur privé car on est dans une situation, du moins concernant les fonctionnaires, statutaire et réglementaire qui empêche de donner véritablement des effets utiles à ces conventions ou accords collectifs, mais rien n'empêcherait, par exemple, de prendre un arrêté pour étendre un contrat collectif à ces agents.

On sait prendre des actes réglementaires pour autre chose, on pourrait tout à fait être en position de venir considérer qu'à partir du moment où il y a eu un appel d'offre, pourquoi ne pas généraliser l'adhésion auprès d'un organisme ou de laisser la possibilité de choisir entre plusieurs organismes aux agents.

Mais si en face de cela, on ne met pas de participation employeurs quelle qu'elle soit, cela paraît difficile de venir imposer aux agents une AMC sans qu'en contrepartie il y ait une participation employeur ou un tarif particulièrement attractif ?

C'est clair que pour les agents, il faut qu'ils y trouvent intérêt sinon c'est le meilleur moyen de tendre un peu plus une situation qui l'est déjà suffisamment.

L'autre difficulté aujourd'hui est que si l'on se fie à ce qui se passe dans les collectivités territoriales et au niveau de l'état, c'est que certains ne trouvent même pas d'intérêt d'organiser des mécanismes de PSC.

Il y a ceux qui s'en détournent parce qu'ils voient les inconvénients, et ceux qui s'en détournent parce qu'ils trouvent plus d'intérêt à financer de l'action sociale que de la PSC. C'est le cas du ministère de

l'Intérieur qui n'a jamais organiser de référencement ou d'appel d'offre car la principale mesure sociale à l'égard des gendarmes, policiers et autres, c'est le financement des associations de pupilles de la nation, orphelins...Ils se sont complètement détournés du dispositif au bénéfice d'autres politiques sociales mais qui ne passent pas du tout par le référencement.

Comme on constate qu'il y a un durcissement par endroits à l'accès aux soins ou une augmentation des restes à charge, il peut aussi avoir le levier des assurances complémentaires qui s'organisent en réseaux, ce qui pourrait constituer un argument supplémentaire vis à vis des agents. La mutualité française doit être assez en pointe sur ces sujets de réseau de soins ?

Les réseaux il faut les voir comme des outils à la main des organismes de PSC. Ce sont des moyens de réguler l'offre de soins à leur échelle.

Aujourd'hui, c'est un sujet épidermique dès lors que c'est évoqué avec les professionnels de santé. Les réseaux de soins sont réservés à 3 secteurs : dentaires, optiques, audio. Ce sont les seuls secteurs où peuvent intervenir les organismes complémentaires.

Libéraliser et ouvrir les réseaux de soins à l'ensemble des professionnels de santé permettrait, dans la mesure où un euro versé soit utilement dépensé, d'avoir accès aux meilleurs prix. L'autre argument en la faveur des réseaux de soins est l'orientation dans le système de santé. La sélection des professionnels de santé sur la base d'un cahier des charges serait utile pour les usagers et permettrait d'accéder plus facilement aux soins.

Les détracteurs des réseaux évoquent la fin de la liberté d'exercice, des pratiques de soins « low-cost »...

Mais personne ne s'est encore intéressé au juste prix du soin et aux justes pratiques en les imposant. Ce flou ne permet pas aux réseaux de soins d'avancer et d'avoir une évolution de la législation.

Si on fait un peu de fiction, selon vous, que va-t-il sortir des négociations en cours en rapport avec le projet de loi sur la FP et notamment pour la FPH ?

Je pense qu'une réforme du CGOS et notamment l'exclusion de la partie prévoyance créera une manne financière qui pourra être utile et reversée dans le financement de cette PSC.

D'une certaine manière, cela ouvre des possibilités de financement qui peuvent être intéressante.

Si derrière il faut faire un peu de politique fiction sur les systèmes qui pourrait germer de ça, je pense que :

1/ Il y aura une expérience qui ne sera pas reconduite, c'est le fait d'intégrer la complémentaire santé et la prévoyance complémentaire. Mais plutôt d'avoir la complémentaire santé d'un côté et les couvertures contre l'incapacité et l'invalidité de l'autre comme ça peut exister dans la FPE. Je pense que ça sera remis en cause car ça permettrait d'insuffler un peu plus de concurrence en permettant à un peu plus d'organismes à se positionner sur le sujet.

2/ Même si je vois une manne financière, j'ai encore du mal à croire à l'obligation de participation, sauf à le faire ça peut exister dans le secteur privé avec, feu les comités d'entreprise, maintenant les comités sociaux économiques, c'est à dire que pour les activités sociales et culturelles, il y a un carcan de la masse salariale qui doit être accordé aux politiques sociales et après vous vous débrouillez sur ce que vous faites. Je pense que ça pourrait être un bon moyen de répondre à la chose. Cela ne répondrait pas à la question de la PSC peut-être directement mais on accorderait un carcan de la masse salariale à ces mécanisme, un carcan minimum, une somme plancher qu'on pourrait être amené à verser pour de l'action sociale, ce qui permettrait de respecter la marge de manœuvre des différents employeurs publics dans leur choix ou non de s'engager dans ces mécanismes.

Cela signerait donc l'arrêt de mort du CGOS ?

Oui, effectivement. Avec des points qui militent pour et contre.

Le CGOS, c'est l'avantage de mutualiser entre des petits et des gros organismes. Reste à savoir à quel point les gros veulent rester solidaires des petits.

L'autre aspect c'est cette partie retraite avec le complément retraite hospitalier qui lui aujourd'hui sans être moribond est en quête d'équilibre financier. Il est en partie subventionné par l'Etat et en partie par Alliance pour être remis à flot d'ici 2025/2030.

Aujourd'hui peut se poser la question au sujet de ce dispositif, notamment porté par la CGOS, mais qui vu l'équilibre financier précaire qu'il peut avoir, finalement il peut y avoir intérêt à récupérer ça d'une certaine manière et de le centraliser au niveau de l'Etat, dire aux différents organismes : "maintenant, on vous laisse vous organisez comme vous le souhaitez", mais alors il vous faudra restructurer le CGOS.

Sauf à considérer que le CGOS c'est une manière d'être en avance et que c'est sur ce modèle que devraient avancer les collectivités territoriales par exemple.

Même si la PSC n'est pas aujourd'hui un sujet prégnant dans le dialogue social au sein des établissements, les hospitaliers sont assez attachés, pour ceux qui en bénéficient, au CGOS. Donc, ce que nous avons éventuellement projeté, c'est que les garanties prévues par le CGOS soient intégrées dans les contrats labellisés ou référencés demain. On garantirait ainsi aux agents que la protection CGOS soit maintenue à l'intérieur d'un contrat de PSC. Mais la difficulté c'est bien qu'aujourd'hui les agents ne participent pas directement et individuellement au financement des garanties de prévoyance du CGOS, ce qui rend difficile d'esquisser des scénarii. Qu'en pensez-vous ?

Oui, ce qui est compliqué c'est qu'aujourd'hui chaque établissement contribue au CGOS pour financer, par un forfait global, toutes les activités et notamment la prévoyance. Si on laisse toute latitude demain aux établissements pour offrir à minima ce panier prévoyance, pas sûr que ça ait le même coût.

D'une certaine manière, le système mutualisé qu'offre aujourd'hui le CGOS en prévoyance est sans doute l'une des formules les plus solidaires qui soit. C'est malheureusement remis en cause aujourd'hui car le CGOS exerce une activité d'assurance, alors que ce qui fait que le dispositif est compétitif aujourd'hui, c'est qu'il ne soit pas ouvert sur un marché et soit situé hors concurrence. Finalement cette situation monopolistique est aujourd'hui considérée comme un problème alors que, du point de vue de la solidarité, c'est sans doute le meilleur avantage.

C'est d'ailleurs ce qui est toujours paradoxal quand on parle de santé et de PS et qu'on évoque la concurrence, c'est qu'en soi on a d'un côté la SS qui est un monopole absolu et qu'on estime que c'est le meilleur des modèles, et de l'autre un PSC ou on instille toujours plus de concurrence en estimant qu'il faut faire diminuer les coûts. Mais la vraie difficulté c'est que la concurrence en matière de santé et de PS, tant que les garanties ne sont pas entièrement encadrées et régulées, ne conduit qu'à des hausses de coûts. Car qu'est-ce qu'une bonne mutuelle pour les assurés ? C'est celle qui va me rembourser le mieux, me permettre d'avoir le plus faible RAC et donc c'est forcément inflationniste.

On se trouve donc au milieu du gué dans les réformes de la PSC :

- d'un côté on veut laisser de la marge de manœuvre aux différents organismes de PSC car on ne veut pas encadrer leurs garanties pour leur laisser la liberté d'entreprendre,

- mais de l'autre on constate que en instillant toujours plus de concurrence avec cette marge de manœuvre sur les garanties, on crée un système inflationniste.

A un moment donné, et c'est d'ailleurs l'esprit et l'avantage du RAC zéro, il y aura sans doute une horizontalisation de tout ça en arrivant à des garanties généralisées et de plus en plus uniformisées.

Au sujet des contrats collectifs généralisés par l'ANI de 2013 dans le secteur privé, quelles sont les limites identifiées par la Mutualité ? Quelles sont les conséquences sur la couverture, la mobilité, la concurrence, les RAC ?

Oui, vous pouvez voir le rapport de la DREES d'avril 2019 à ce sujet, qui fait une première analyse de la généralisation de la complémentaire santé, la plus objective qui soit. La Mutualité rejoint cette analyse. Ce bilan, basé sur des chiffres 2016, correspondant à la première année de généralisation. En synthèse :

1/ En terme de couverture, très peu de nouvelles couvertures (peu de personnes non couvertes qui se sont retrouvées couvertes grâce à cette généralisation), alors que c'était un objectif de cette généralisation. Comme on s'est limité aux salariés du secteur privé, on a laissé toute une frange de la population principalement concernée par la non-couverture : chômeurs de longue durée notamment.

Mais ces personnes ont souvent accès à la CMU-C ou à l'ACS non ?

Tout dépend de leurs revenus. Pour en bénéficier, il ne faut pas gagner plus de 1000€ bruts pour une personne seule, donc moins que le SMIC. Le dispositif CMU-C et ACS fonctionne mais a donc un champ assez limité.

2/ Comme il n'y a pas de sanction en cas de non respect de l'obligation de généralisation de la complémentaire santé, il reste encore beaucoup de TPE qui ne l'ont pas mise en place. C'est à la marge mais ça explique les 4% de salariés du privé non couverts (on est passé de 95 à 96% de couverture³⁹). Il y a aujourd'hui beaucoup de petites entreprises nouvellement créées, de start-up, qui ne s'intéressent pas à la PSC tant qu'elles n'ont pas atteint une taille critique, alors que c'est pourtant obligatoire à partir d'un salarié mais il n'est pas prévu de sanction.

3/ En terme de garanties, on a constaté une diminution du panier moyen, suite à la généralisation de la complémentaire santé, et une diminution des couvertures. Le panier minimal qui devait être offert était inférieur aux garanties moyennes offertes par les contrats qui étaient déjà en place antérieurement. Les nouveaux contrats mis en place ont été en général ouverts au minimum, et donc on fait baisser la moyenne du panier de couverture – il s'agissait pour les entreprises uniquement de respecter l'obligation, et pas d'en faire un élément de leur politique salariale.

Dans certaines entreprises, il y avait antérieurement des garanties meilleures : au moment de la généralisation, elles ont dédoublé leur contrat en offrant aux salariés dans le contrat obligatoire les garanties minimum, et en leur imposant de devoir souscrire à une sur-complémentaire s'ils voulaient être mieux couverts. A noter : les entreprises bénéficient d'avantages sociaux et fiscaux dans le cadre du financement des dispositifs d'assurance maladie complémentaire si elles respectent les caractéristiques des contrats dits responsables, le panier minimal de soins couverts. Si on offre des garanties moins disant ou mieux disant par rapport à ce panier "régulé", on ne bénéficie pas de ces exonérations.

Donc ce que beaucoup d'entreprises font, c'est qu'elles respectent dans le contrat collectif qu'elles offrent le panier minimal de soins, mais pas davantage.

³⁹ À confirmer avec le rapport de la DREES

L'entreprise est pénalisée si elle offre des garanties plus avantageuses que le panier de soins requis (il y aura alors des cotisations sociales et de la CSG sur la part financée par l'employeur de cette AMC).

Pourquoi avoir introduit de telles dispositions ?

Parce que, comme l'a montré un rapport de la Cour des Comptes il y a quelques années, dans les entreprises ce sont majoritairement les cadres qui sont les mieux couverts, qui bénéficient des meilleures garanties. Plus on était situé en haut de la hiérarchie sociale de son entreprise, et plus le groupe auquel on appartient était important, mieux on était couvert. Donc la plupart des avantages sociaux et fiscaux liés à l'AMC étaient, en valeur, orientés vers les grands groupes et les cadres. L'objectif était aussi d'inciter les entreprises à faire respecter ce panier régulé, afin de participer à la régulation globale des dépenses du système de santé.

Si on imagine une généralisation de l'AMC dans la FPH, ne risque-t-on pas de se retrouver avec les mêmes différences de couverture entre agents de différents établissements (très bien couverts en CHU et moins bien couverts dans les petits établissements publics de santé) ?

Oui, c'est possible. Dans le secteur privé, les garanties de PS ont été fixées au niveau de la branche professionnelle, pour permettre à tous les salariés de la branche d'avoir un panier minimum. Charge ensuite à chaque entreprise d'aller chercher l'organisme qui offrira les garanties négociées, mais ça permet à tout le monde d'avoir accès à une couverture minimum.

Dans la FPH, il paraît difficile d'imaginer qu'il n'y ait pas demain des différences entre établissements, entre GHT...

Même si on fait généraliser un panier minimum, il y aura toujours des établissements qui souhaiteront faire davantage. On pourrait imaginer une forme de péréquation entre établissements sur un panier unique, mais on n'en est pas là. Aux Pays-Bas, ce mécanisme existe : il y a un contrat unique, tout le monde va offrir ce même contrat (assureurs...) et tous les citoyens sont obligés d'y souscrire. En fonction des portefeuilles, le portefeuille plus âgé va percevoir des subventions des portefeuilles plus jeunes par un mécanisme de péréquation. En France, personne n'a avancé sur le sujet considérant que c'est trop compliqué. Sauf réforme systémique, vers laquelle on ne semble pas s'orienter aujourd'hui, personne ne s'est véritablement tourné vers ce type de solution en France.

Y-a-t-il d'autres pistes de réflexion qui vous sembleraient devoir être abordées par rapport à notre sujet ?

Je vous invite à creuser la piste du complément retraite des hospitaliers. En général on ne l'intègre pas dans la dynamique PSC, alors que dans le secteur privé, quand on parle PSC on parle autant de l'AMC que de la prévoyance et la retraite complémentaire.

Un autre volet que nous n'avons pas abordé ; aujourd'hui, la PSC ne semble pas être un sujet dans les DRH hospitalières, parce que jusqu'ici l'action sociale est en quelque sorte déléguée au CGOS. Si demain les DRH devaient être davantage impliqués dans la PSC, il nous semble qu'il faudrait qu'elles soient davantage "armées" pour ça. Qu'en pensez-vous ?

L'un des prismes qui peut éventuellement aider à avancer, ce sont les actions autour de la QVT, du management comme levier de performance de l'organisation : la PS peut être intégrée et devenir un outil parmi d'autres.

L'intérêt pour les établissements publics de santé de s'accoler à un organisme de PSC, c'est que cet organisme est armé et outillé pour accompagner les établissements publics de santé dans la maîtrise du risque (car il y a intérêt pour que les garanties offertes soient les moins chères possibles).

Une fois que le "coût d'entrée" est absorbé (souscription du contrat, rapprochement avec un organisme), les établissements publics de santé peuvent trouver un vrai intérêt aux actions menées pour piloter le régime : par exemple qu'est-ce qu'on met en place pour améliorer la QVT, lutter contre les absences, faire de la prévention...

Dans les collectivités territoriales, certaines ont externalisé la gestion de leurs garanties statutaires, y compris le maintien de traitement. Ce sont des organismes assureurs qui vont gérer ce volet là pour ces collectivités. Plutôt que de financer directement elles-mêmes le maintien de traitement de leur agent, ou par exemple la rente d'invalidité viagère, elles externalisent cette activité à des organismes extérieurs. La collectivité territoriale (CT) acquitte des cotisations régulières auprès de cet organisme, et charge à cet organisme de financer les prestations une fois le risque survenu. Avantages : pour les CT, lissage du coût dans le temps, notamment pour les petites CT. Et vrai levier pour travailler à la gestion du risque car forme de mutualisation par l'organisme assureur, et possibilité pour la CT de se faire accompagner pour mettre en place des actions de prévention afin que la cotisation coûte moins cher. A creuser dans le milieu hospitalier.

Pensez-vous que c'est du projet de loi actuellement en discussion que sortiront des éléments structurants pour les évolutions de la PSC dans la FPH ?

Le PJJ aujourd'hui renvoie à des ordonnances. Il est envisagé de revoir la PSC, mais aussi l'ensemble des congés et les garanties invalidité. C'est un Big-bang qui est possible vu ce qui est inscrit dans le PJJ. Il faudra voir le contenu des ordonnances qui suivront.

Nous vous remercions de votre participation et du temps que vous nous avez accordé.

ANNEXE X

Entretien avec Philippe MARIN – Enseignant-chercheur EHESP, Ancien Président du CGOS

Re transcription de notes manuscrites

Résumé de l'entretien

- Le CGOS est un acteur majeur dans le débat à la fois par son positionnement stratégique (350 millions d'euros de budget pour 950 000 bénéficiaires) et par l'importance des prestations maladies qu'il verse.
- Le CGOS est géré selon le principe du paritarisme. Les organisations syndicales seront nécessairement touchées par une éventuelle réforme de la PSC dans la FPH.
- Les difficultés financières, de provisionnement notamment, en matière de couverture complémentaire du risque maladie sont repérées depuis un moment par les pouvoirs publics (Cour des comptes, IGA, IGF, etc)
- Une des pistes pourrait être la récupération puis la délégation au privé par l'État de la couverture maladie complémentaire. Mais, les OS se verraient affaiblies ce qui donne une tournure politique au sujet, au-delà de créer des obstacles.

Pouvez vous nous parler du CGOS ?

Je vais commencer par un historique du CGOS car c'est nécessaire pour comprendre les enjeux de la situation actuelle. Le CGOS est une association loi 1901 dont la gouvernance est mixte paritaire. L'assurance complémentaire de santé est centrale pour le CGOS qui s'inscrit dans le modèle de protection sociale de base édicté par les ordonnances de 1945. Dans cette mesure, la partie « employeurs » correspond à un mandat accordé par la FHF et la partie « salariés » aux organisations syndicales élues. Conformément à la volonté des organisations syndicales (OS), la présidence du CGOS est confiée à la composante patronale. Le vice président provient quant à lui de la composante salariale. Cette situation est atypique au regard de la position du MEDEF.

Concernant son fonctionnement, un conseil d'administration assez nombreux en termes de d'administrateurs gère les prérogatives attribuées au CGOS. L'assemblée générale se réunit une fois par an avec les délégués régionaux.

Lorsque j'étais Président du CGOS, de 2001 à 2007, le chiffre d'affaire du CGOS était de 350 millions d'euros. L'Assemblée générale était composée de 150 membres. Les OS étaient souvent positionnées comme vice-président dans le Bureau car ils considèrent que le système est sensible et compliqué, alors qu'il n'y a pas d'unité de position entre les syndicats : la CGT a une position classique, FO offre du grain à moudre, la CFDT est dans la cogestion.

Les origines du CGOS se trouvent dans les œuvres sociales. Concernant son rôle, à l'image d'un comité d'entreprise, le CGOS avait traditionnellement pour mission de gérer les œuvres sociales, par exemple en matière de congé. D'ailleurs, à cette occasion, on a pu y voir une réelle paupérisation de certains agents de la FPH.

Puis, s'est développée une forme de prévoyance pour élargir son activité. Une activité devenue une sorte de droit para-statutaire en matière de couverture maladie complémentaire. Le CGOS verse notamment un complément aux salaires pendant 5 ans en cas de congé maladie.

Il est à noter que les OS ne se sont jamais présentées à l'élection de la présidence du CGOS car il n'y a pas d'unanimité et des difficultés syndicales existent à ce sujet. En effet, la CGT est dans un rôle d'opposition, FO veut du « grain à moudre » et la CFDT est dans la cogestion. Donc, face aux différences entre OS, le président issu de la composante patronale unifie la maison. Cependant, le tempo est donné par les OS et le président rend les mesures acceptables.

Que pouvez-vous nous dire de la prévoyance par le CGOS ?

Concernant la Prévoyance, il faut que je vous parle de deux principales. 1. La prévoyance traditionnelle « parastatutaire » qui est en complément de l'assurance maladie. 2. La complémentaire Retraite. La 1 est donc en complément au salaire et permet de faire un complément salarial pendant cinq ans (3 ans puis 2 ans en demi-traitement). J'ai employé « parastatutaire » car la plupart des agents considèrent cette couverture comme intégrée dans le statut.

Les syndicats ne veulent pas toucher au paritarisme. Le système est relativement positif. Ce ne sont pas les agents qui adhèrent mais les établissements. Les agents accèdent à des droits individuels mais en tant qu'agent de l'établissement. Mais tous les agents n'en font pas partie puisque certains établissements ne souscrivent pas, comme l'AP-HP. Reste que la loi oblige à l'adhésion avec choix de la complémentaire.

Quelles difficultés rencontre le CGOS en matière de couverture complémentaire maladie ?

L'enjeu de la protection sociale est le provisionnement des risques. Pour le CGOS, les risques sont clairement identifiés. Il y a une forme de risque médiatique important, avec un couvercle dessus. Je m'explique.

Le CGOS récupère 880000 prélèvements. Le sujet est clairement identifié par tous. La conjonction d'intérêt de tous les OS pour mettre le couvercle sur le problème du financement. Certes, pour l'instant, il n'y a pas de problème de trésorerie. Nous fonctionnons avec un système d'enveloppe fermée. Le système est intouchable. Le principe de tous est qu'on ne touche pas à la maladie, car ce risque est au cœur du modèle de 1945. Par contre, on s'attaque au reste : vacances, études, crèche, secours, etc. Sauf que cela n'a pas suffi et que, vers 2000, la cotisation a dû passer de 1,3 à 1,5. Pour faire passer la pilule, on a dit qu'on compenserait dans le cadre de l'ONDAM mais ce n'est pas vrai). Mais actuellement, il y a des difficultés financières.

La gestion de cette affaire n'est pas saine : on fait de la prévoyance avec un risque assurantiel garanti... sans provisionnement ! Il y a un problème de croissance des besoins. Le fonds structurel est problématique, même de manière conceptuelle.

Sur le plan stratégique, c'est un pavé dans la marre pour s'obliger à revoir cette question. Il y a une remise en cause du système type PREFON. L'évolution est faite par le personnel médical, y compris les médecins et les internes, par une gestion paritaire à trois. Les équilibres s'en trouvent bousculés. Derrière, il y a l'idée d'utiliser les médecins pour monter au créneau. Il y a plutôt accord des OS.

L'idée est donc de faire évoluer le CGOS vers un type comité d'entreprise et les complémentaires de retraite vers l'Etat. Les OS sont attachées à cette œuvre de complémentaire sociale.

Quelles sont les perspectives d'avenir alors ?

Deux solutions. Soit la partie complémentaire sera gérée par l'État soit les organismes de PSC se verront renforcer.

Le pilotage de la prévoyance par l'Etat changerait la place des corps intermédiaires. Il y a une tentation de reprise en main des complémentaires par l'Etat, mais déléguée. Le modèle de 1945 repose sur une idée très intégratrice des œuvres sociales : secours, puis aide, puis prévoyance qui est un système de retraite finalement. Au cours des années 1960, le régime des complémentaires s'est mis en place pour couvrir socialement l'ensemble des risques. Ainsi, le régime complémentaire des hospitaliers a été copié sur le système PREFON. L'idée a été de le confier à une entreprise privée, AGF, devenu Allianz, qui est titulaire du contrat et gestionnaire de CRH. Les retraites sont cependant basées sur une base viagère. Le CGOS souscrit un contrat avec AGF. Depuis l'origine, ce contrat n'a pas été complètement provisionné. En 1968, des normes prudentielles ont été mises en place. Le contrat est resté tel qu'il est.

Les partenaires sociaux connaissent cette situation : on continue de vendre un produit non-provisionné. Alors que nous sommes sur une offre qui couvre 25 ans, nous ne sommes capables que de financer 8 ans. A la fin des années 90, une société de contrôle des assurances met en évidence le besoin de provisionnement. Il y a eu un bras de fer entre le CGOS et Bercy pour consolider le régime. Trois volets ont été définis : 1) Des produits non-viagers (avant 2002) avec un provisionnement rampant, sur le principe d'un système solidaire par un régime par capitalisation. 2) les AGF abondent au pot commun. 3) L'Etat abonde également à hauteur de 150 à 180 M€. Ces trois principes ont permis la consolidation du provisionnement.

Mais de cet épisode, j'en fais l'hypothèse que cela préfigure la future négociation sur l'assurance maladie... sauf qu'il n'y aura pas d'assureur mais cela sera l'État car le risque n'est pas consolidé. L'État récupère mais ne gère pas conformément à la conception de l'État néo-libérale, stratège.

En revanche, l'élément central demeure le dialogue social. Les OS ne vont pas accepter cette situation. C'est un sujet qui interroge la place des corps intermédiaires et qui est très politique.

Que pensez-vous de la spécificité de la FPH de bénéficier de la gratuité des soins d'hospitalisation et des médicaments ?

Comment on fait pour que les agents acquièrent un complémentaire santé, alors que certains établissements offrent des soins gratuits, y compris d'hospitalisation ? Cependant, la gratuité des médicaments est remise en cause à plusieurs endroits. On irait vers une fiscalisation de cet avantage en nature. La MNH s'est positionnée : elle est fondée sur le même modèle de gestion employeur avec un conseil d'administration essentiellement syndical. Le lien entre complémentaire maladie et prestation sociales sur autres droits pas si évident, du moins au CGOS. Il n'y a pas de vase communicant.

La politique sociale est au cœur de la réflexion de la Cour des comptes. Le CGOS est observé par les autres fonctions publiques. L'Etat a la possibilité de reprendre la main et le donnerait à des assureurs. Il y a donc une possibilité d'éloignement du rôle originel, comme le contrat d'assurance auto à une époque. Se pose la question de la garantie de l'Etat et, en parallèle, de son positionnement avec les autres Fonctions publiques.

Donc, il y a une reprise en main du dossier par le Premier ministre. La DGFP est derrière. Il y a la difficulté que les syndicats acceptent cette perte. L'étape suivante serait la gestion paritaire de l'assurance-maladie qui est visée. C'est un sujet explosif !

Il y a porosité entre les commissaires contrôleurs des associations et les assurances. La conception néolibérale de l'État revient. Cela se traduit par le positionnement de l'État à l'égard des corps intermédiaires. Le CGOS est amené à prendre des décisions difficiles. Pour redresser, des prises de décisions drastiques seront nécessaires. La prévoyance est au cœur de la réflexion. La MNH est devenue institutionnelle, du type MGEN. C'est la raison pour laquelle l'approche commerciale est devenue importante.

Quelles sont les perspectives d'avenir alors ?

Deux solutions. Soit la partie complémentaire sera gérée par l'État soit les organismes de PSC se verront renforcer.

Prenons l'exemple de la complémentaire retraite des hospitaliers (CRH). Les fondateurs du CGOS avaient une vision intégrative des œuvres sociales : du secours puis des aides puis une prévoyance qui est un système de retraite finalement. Le régime complémentaire de retraite est construit sur le modèle préfon et confié à une entreprise privée titulaire et gestionnaire. Ce régime est donc conçu sur base viagère avec le CGOS comme force prescriptive et dans le même temps un contrat est passé avec un assureur AGF devenu Allianz. Mais depuis l'origine, il n'est pas assez provisionné et voit les normes prudentielles se renforcer. Par conséquent, les OS, le patronat et les pouvoirs publics vendent un produit non approvisionné garanti viagèrement 10 ans (un provisionnement de 25 ans étant optimal). Il y a eu un bras de fer entre Bercy, l'AGF et le CGOS sous l'égide de la CCAMIP (aujourd'hui l'ACAM) pour consolider viagèrement le régime. Ce plan de consolidation avait trois volets : ne pas baisser les droits mais rendre certains points non viager, les AGF ont accepté de donner de l'argent et l'État a consolidé le régime à hauteur de 150 à 180 millions.

Pour la branche maladie, il en sera peut être de même sauf qu'il n'y aura pas d'assureur mais cela sera l'État car le risque n'est pas consolidé. L'État récupère mais ne gère pas conformément à la conception de l'État néo-libérale, stratège.

En revanche, l'élément central demeure le dialogue social. Les OS ne vont pas accepter cette situation. C'est un sujet qui interroge la place des corps intermédiaires et qui est très politique.

Face aux évolutions inéluctables que vous évoquez, faut-il considérer que le statut association loi 1901 que vous avez présenté en début d'entretien est devenu inadapté, ne permet pas d'aboutir aux bonnes décisions et, donc, a besoin d'être remplacé par un autre statut ?

Vous avez parfaitement raison. Le modèle qu'il conviendrait le mieux à mon sens est celui du GIP. Cela apporterait une sécurisation juridique dans l'état de la gestion. La gestion associative a clairement ses limites. Il y a une fragilité de l'institution.

ANNEXE XI

Référé de la Cour des comptes du 14 février 2018



Le 14 février 2018

Le Premier président

à

Monsieur Édouard Philippe
Premier ministre

Réf. : S2018-0312

Objet : Le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) et l'action sociale hospitalière

En application des dispositions des articles L. 111-6 et R. 133-1 du code des juridictions financières, la Cour a examiné les comptes et la gestion du Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) pour les exercices 2008 à 2016. Ce contrôle a également conduit la Cour à s'intéresser à l'organisation plus générale de l'action sociale hospitalière.

À l'issue de son contrôle, la Cour m'a demandé, en application des dispositions de l'article R. 143-11 du même code, d'appeler votre attention sur les observations et recommandations suivantes.

Depuis 1960, le CGOS, association loi de 1901, gérée de manière paritaire, a pour mission de mettre en œuvre et de gérer l'action sociale en faveur des agents non médicaux en activité ou retraités des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il est soumis au contrôle du ministère des solidarités et de la santé. Comptant, au 1er janvier 2015, 2 420 établissements adhérents représentant plus de 950 000 bénéficiaires, le CGOS est l'opérateur dominant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain. Avec un effectif de 306 emplois équivalents temps plein (ETP), il sert une large gamme de prestations au titre de l'action sociale, représentant 355 M€ de dépenses en 2016, en augmentation de 17 % de 2010 à 2016. Le CGOS gère par ailleurs un régime complémentaire de retraite facultative, dénommé « complément retraite des hospitaliers » (CRH).

En synthèse, la cour estime que l'activité du CGOS est insuffisamment encadrée et circonscrite (1) et que l'action sociale hospitalière doit être rénovée (2).

13, rue Cambon • 75100 PARIS CEDEX 01 • T +33 1 42 98 95 00 • www.ccomptes.fr

1 UNE ACTIVITÉ DU CGOS INSUFFISAMMENT ENCADRÉE ET CIRCONSCRITE

1.1 Un coût élevé pour les établissements publics de santé

1.1.1 Une contribution des établissements élevée qui devrait être diminuée

Selon l'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986 créé par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999, la prise en charge de l'action sociale pour les personnels des établissements hospitaliers « est assurée par une contribution annuelle desdits établissements dont le taux et l'assiette sont fixés par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales ». A ce titre, le CGOS est financé par une contribution obligatoire des établissements dont le taux est de 1,5 % de la masse salariale brute des personnels non médicaux plafonnée à l'indice 489, soit 372,6 M€ en 2016. Si l'on ajoute le prélèvement de 0,09 % au titre du chèque emploi service universel (CESU), les contributions totales des établissements représentaient près de 393 M€ en 2016.

Le CGOS dispose de ressources abondantes qu'il emploie, soit au service de prestations hors champ de l'action sociale (cf. infra), soit à l'accumulation de fonds propres. Ainsi, le service des deux prestations « maladie » et « départ retraite », qui sont des prestations extralégales, représente 33,5 % des contributions reçues en 2016, tandis que les reports à nouveau et les réserves non utilisées du CGOS, cumulés entre 2002-2016, représentent un total de 20,2 % des contributions de la même période. Par conséquent, si l'on fixait la contribution au niveau permettant de couvrir les seules prestations entrant dans le champ légal de l'action sociale et de constituer un niveau de fonds propres strictement prudentiel, on pourrait ramener le taux à 0,85 % soit, à minima, de l'ordre de 200 M€ d'économies sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier.

1.1.2 Une situation des « correspondants CGOS » qui contrevient aux règles de la mise à disposition et qui pèse financièrement sur les établissements

Des « correspondants CGOS », qui sont des agents des établissements, sont chargés, au sein de ceux-ci, de faire le relais entre les agents hospitaliers bénéficiaires de l'action sociale et le CGOS. La liste de leurs missions conduit à considérer qu'il existe un lien substantiel de subordination entre le correspondant et le CGOS. La situation des « correspondants CGOS » peut ainsi être analysée comme une mise à disposition de fait de ces personnels par les établissements auprès du CGOS, sans convention de mise à disposition, ni remboursement de la rémunération. D'une part, cette pratique est irrégulière au regard de l'article 10 de la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique selon lequel toute mise à disposition « doit être prévue par une convention conclue entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil » et entraîne une obligation de remboursement de la rémunération du fonctionnaire. D'autre part, ce dispositif actuel représente une charge indue pour les établissements qui la supportent. En effet, ces personnels équivalent à environ 930 ETP, ce qui représente trois fois l'effectif propre du CGOS et un coût global annuel estimé à 44,6 M€ pour les établissements.

Les relations entre le CGOS et les établissements contributeurs n'étant pas, par ailleurs, formalisées par une convention, il paraît nécessaire d'inscrire à l'avenir l'intervention du CGOS dans le cadre d'une convention de mandat renouvelable avec chaque établissement (et/ou, dans une perspective à plus long terme, avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire). Une telle convention pourrait également préciser le rôle du correspondant du CGOS et régler les modalités, notamment financières, de la mise à disposition.

1.1.3 Un financement global de l'action sociale des hôpitaux qui n'est pas précisément connu

L'action sociale du CGOS ne recouvre pas l'intégralité de l'action servie dans le secteur hospitalier. En effet, les établissements ont souvent développé une activité propre en sus de celle du CGOS (en particulier les crèches ou la restauration collective) mais ces dépenses d'action sociale interne ne sont pas toutes enregistrées dans les comptes des établissements relatifs aux œuvres sociales, ce qui ne permet pas au ministère des solidarités et de la santé, voire aux établissements, d'avoir une vision globale et consolidée de l'action sociale servie aux personnels hospitaliers. Il serait utile de connaître précisément l'ensemble des financements versés par les établissements à ce titre en organisant une meilleure traçabilité dans les comptes.

1.2 Une gestion qui présente des fragilités juridiques et financières

1.2.1 Des prestations qui n'entrent pas dans le champ légal de l'action sociale

De manière ancienne, le CGOS a développé la prestation « maladie »¹ (89,7 M€ en 2016) et la prestation « départ à la retraite »² (34,4 M€), qui ont un poids croissant au regard des contributions reçues (33,5 % en 2016, contre 30,4 % en 2010). Or, ces prestations historiques, qui sont versées sans participation du bénéficiaire à la dépense engagée et sans conditions de ressources, ni examen de la situation personnelle ou familiale, n'entrent pas dans le champ légal de l'action sociale hospitalière, tel que défini par l'article 26 de la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique, modifiant l'article 9 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et par l'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Elles ne devraient donc pas être financées par la contribution obligatoire des établissements.

Ces deux prestations pourraient, en revanche, relever d'un régime facultatif de protection sociale complémentaire. Celui-ci n'est cependant pas mis en œuvre dans la fonction publique hospitalière, contrairement aux deux autres versants de la fonction publique, faute de texte d'application de la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

1.2.2 Des prestations présentant des risques juridiques élevés

En application d'une convention signée le 17 janvier 1994 avec l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), le CGOS se substitue aux établissements hospitaliers adhérents afin d'assumer l'ensemble des obligations de l'employeur concernant le versement des cotisations sociales dues sur les avantages servis aux bénéficiaires.

¹La prestation « maladie », versée par le CGOS, vise à compenser partiellement la perte de rémunération des agents hospitaliers en maladie au terme de leurs droits statutaires à plein traitement.

² La prestation « départ à la retraite » est une somme forfaitaire versée lors du départ à la retraite.

Or, certaines prestations individuelles versées ne supportent aucun prélèvement social, ce qui, selon l'analyse de plusieurs études de cabinets fiscaux, expose le CGOS à des risques élevés de redressement pour lesquels il a constitué de fortes provisions (près de 20 M€).

Le CGOS devrait s'acquitter des cotisations et contributions sociales au lieu de provisionner chaque année les sommes correspondantes ou, le cas échéant, interroger l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) dans le cadre du rescrit prévu à l'article L. 243-6-3 du code de la sécurité sociale afin de mettre fin à une question pendante depuis de nombreuses années. Plus largement, les services de l'État pourraient utilement rappeler aux organismes d'action sociale, le régime social applicable aux différents avantages et prestations d'action sociale versées aux agents de la fonction publique.

Par ailleurs, le CGOS dispose d'une offre d'aides remboursables surabondante et non maîtrisée, qui, du fait de l'absence de critère social pour la majorité de ces aides, lui fait courir un risque juridique sérieux en le mettant en contravention avec le code monétaire et financier et le code de la consommation et en l'exposant à la requalification de ces aides en revenus soumis à cotisations et contributions sociales. Il est nécessaire que le CGOS corrige ces risques dans le cadre du projet de référentiel national des avances remboursables en cours d'élaboration.

1.2.3 La situation financière délicate du régime de la CRH

En 1963, le CGOS a souscrit pour les agents hospitaliers un contrat collectif d'assurance de retraite complémentaire hospitalière (CRH) facultative auprès d'un assureur qui est actuellement Allianz. Le CGOS recouvre les cotisations des assurés auprès des hôpitaux et verse les primes à l'assureur, il assure également la promotion du régime et le placement de nouveaux contrats auprès des agents hospitaliers, sans pour autant avoir la qualité de courtier. Son conseil d'administration fixe, sous certaines conditions, la valeur du point pour une des branches du régime. Le régime de la CRH déroge au droit commun puisque le CGOS n'est pas assujéti aux obligations pesant sur les associations souscriptrices de contrats-groupe, les assurés restant notamment dépourvus des moyens de faire respecter leurs droits.

Compte tenu de la fragilité financière du régime, un premier plan de redressement est intervenu en 2008 actant un apport de 96 M€ par an (58 M€ par les affiliés, 24 M€ par l'assureur et 14 M€ par la sécurité sociale) pour garantir la solvabilité du régime de la CRH. La dérive, observée cinq ans après son début d'exécution, a nécessité d'ajuster le plan tendant à rendre viager le régime de la CRH en le prolongeant jusqu'à 2030. Face au constat d'un manque de 2 Md€ environ pour couvrir les engagements viagers du régime, le second plan de redressement, intervenu en 2016, fait principalement supporter l'effort financier par les bénéficiaires des rentes dont les droits ont été contractés avant 2008 (1,146 Md€) et, dans une moindre mesure, par la sécurité sociale (304 M€) et l'assureur (546 M€).

Gestionnaire du régime de la CRH et « placier » de contrats auprès des agents des établissements hospitaliers, le CGOS s'expose aux risques éventuels que lui fait courir cette activité hors du cadre de l'action sociale. Il devrait donc se désengager de la gestion de la CRH et des mesures devraient être prises pour faire entrer la CRH dans le droit commun applicable aux fonds d'épargne retraite relevant de l'article L. 441-1 du code des assurances et préserver, selon les principes énoncés à l'article L. 141-7 du même code, les intérêts des agents hospitaliers adhérant à la CRH. Dans ce cadre et compte tenu des incertitudes sur le délai et le niveau de la remontée des taux, tant de celui des emprunts d'État, qui conditionne l'actualisation des engagements du régime, que de celui du rendement des placements, il paraît utile de procéder, en 2019-2020, à un audit de la situation du régime de la CRH pour redéfinir, si nécessaire, la trajectoire et les moyens de son redressement.

1.3 Un contrôle de l'État peu affirmé

L'État a conclu avec le CGOS le 30 mars 2000 une convention par laquelle il accorde à cette association son agrément pour gérer l'action sociale hospitalière. Cette convention fixe le dispositif de contrôle et de suivi du fonctionnement et des missions du CGOS par la ministre chargée des solidarités et de la santé.

La Cour a constaté des défaillances dans le contrôle par l'État de l'action sociale hospitalière conduite par le CGOS. Le ministère n'a pas utilisé les outils de surveillance prévus par la convention. Il n'a pas davantage examiné le bon usage des contributions, ni pris position sur le niveau élevé des fonds propres. Enfin, il n'a pris aucune initiative pour faire mettre en conformité le champ de l'action sociale du CGOS avec la loi.

Une nouvelle dynamique doit s'instaurer dans les relations entre la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et le CGOS en substituant aux dispositifs de contrôle prévus dans la convention d'agrément actuelle la mise en œuvre d'un contrat d'objectifs et de gestion (COG), mieux à même d'assurer une dimension stratégique au contrôle de l'État. Le renouvellement de l'agrément, intervenant jusqu'ici par tacite reconduction, pourrait être articulé avec ce contrat d'objectif et de gestion. Outre le CGOS et le ministère des solidarités et de la santé, le ministère de l'action et des comptes publics en serait également signataire.

Par ailleurs, le fondement des contributions versées par les établissements apparaît fragile puisqu'aucun arrêté ministériel n'en fixe le taux ni l'assiette. Le ministère des solidarités et de la santé doit donc sécuriser juridiquement la cotisation versée au CGOS.

2 UNE ACTION SOCIALE HOSPITALIÈRE QUI DOIT ÊTRE RÉNOVÉE

L'entrée dans le secteur hospitalier, en mars 2017, d'un nouvel organisme d'action sociale, Plurélya, agréé par le ministère des solidarités et de la santé, conduit à interroger le cadre actuel de l'action sociale hospitalière et à envisager des évolutions.

2.1 Un agrément accordé à Plurélya dont les conséquences ne semblent pas avoir été pleinement mesurées

L'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière subordonne la prise en charge de l'action sociale hospitalière au versement de la contribution à l'un des organismes « agréés par l'État chargés de la gestion et de la mutualisation de cette contribution » dans le cadre d'une gouvernance associant les représentants du personnel et de l'administration hospitalière.

Si le ministère des solidarités et de la santé a bien la faculté d'introduire un ou plusieurs opérateurs à but non lucratif pour assurer le service de l'action sociale hospitalière, il lui incombe de l'organiser. L'article 9 de la loi du 13 juillet 1983 portant statut général des fonctionnaires, auquel se conforme l'article 116-1 précité, prévoit que la gestion de tout ou partie des prestations d'action sociale leur est ainsi confiée « à titre exclusif », ce qui a pour effet de faire échapper le choix de ces opérateurs au droit de la commande publique. Comme le précise le Conseil d'État dans l'avis du 23 octobre 2003 « Fondation Jean Moulin », l'administration est exonérée de l'obligation de le respecter « dès lors que les prestations d'action sociale en cause qui constituent un élément de la politique de gestion des ressources humaines de ce ministère [...], ne présentent pas, dans les conditions où elles sont mises en œuvre, le caractère d'une activité économique. Il suit de là qu'en organisant la gestion de ces prestations, le ministère procède à une simple organisation du service [...] sans être astreint [...] à la passation d'un marché public de prestation de service ».

Or, en agréant Plurélya, le ministère des solidarités et de la santé juxtapose deux opérateurs (Plurélya et le CGOS) sans préciser leur rôle respectif dans l'action sociale hospitalière. En outre, le contenu de la convention d'agrément avec Plurélya diffère significativement de celle passée avec le CGOS quant au dispositif de contrôle et aux modalités d'intervention, en prévoyant notamment la possibilité de présenter diverses offres et niveaux de cotisations, ce qui constitue une différence majeure par rapport à l'offre globale et unique du CGOS. Le ministère ne semble donc pas avoir préparé et appréhendé toutes les conséquences de sa décision en termes de déstabilisation du secteur, de risque de rupture d'égalité entre ces opérateurs et d'opacité pour les établissements et les agents hospitaliers. A cet égard, il n'a pas pleinement joué son rôle d'organisateur de l'action sociale hospitalière, ce qui expose l'activité à des risques potentiels de requalification en activité économique échappant au caractère exclusif de l'action sociale et de distorsion de concurrence. Il appartient donc à l'État d'organiser le champ de l'action sociale hospitalière et de positionner les opérateurs.

2.2 Les divers scénarii d'évolution de l'action sociale hospitalière

Ces différents éléments, qu'il s'agisse, d'une part, du coût et des fragilités de l'activité du CGOS ou, d'autre part, de l'agrément récent d'un nouvel opérateur, devraient inciter l'État à s'interroger sur sa stratégie en matière d'organisation de l'action sociale hospitalière.

La Cour a envisagé deux principaux scénarii d'évolution de l'action sociale hospitalière.

2.2.1 Scénario n°1 : Les établissements définissent une action sociale et choisissent leur mode de gestion sur le modèle des collectivités territoriales

Les établissements hospitaliers pourraient se saisir de la question de l'action sociale en définissant ses objectifs et son mode de gestion, après comparaison des offres des différents organismes agréés. A l'instar de ce qui se pratique dans les collectivités territoriales, un établissement devrait choisir entre :

- la gestion autonome (interne) de l'action sociale,
- la gestion déléguée à un organisme national d'action sociale,
- la gestion « mixte » couplant une action autonome locale avec celle offerte par un organisme national.

Il appartiendrait au ministère de définir les conditions et modalités des choix des établissements et les champs de mutualisation possibles. L'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986 devrait être modifié pour que les opérateurs modulent leurs prestations et leurs prix d'intervention, les contributions légales se transformant en tarifs ajustables en présence d'offres à la carte ou sur mesure. Dans ce cadre, le CGOS serait davantage en position de « prestataire » (au côté de Plurélya ou d'autres éventuels organismes agréés) et devrait démarcher les établissements pour proposer sa gamme de prestations.

Le choix d'une gestion autonome, qui pourrait être envisagé par de grands établissements, risquerait en revanche de représenter des coûts supérieurs de gestion pour les établissements de petite taille qui bénéficient actuellement de la mutualisation financière et de gestion offerte par le CGOS. Une telle solution devrait donc être envisagée seulement, le cas échéant, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui permettraient d'éviter en partie les risques liés à une moindre mutualisation.

2.2.2 Scénario n°2 : L'action sociale est organisée sur un socle obligatoire et des prestations facultatives

Alors que les établissements publics de santé (EPS) sont des établissements publics nationaux depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un scénario pourrait consister à organiser l'action sociale hospitalière de manière similaire à celle de l'administration de l'État, soit :

- un socle commun à l'ensemble des agents hospitaliers (comparable au socle commun de l'action interministérielle) qui pourrait être confié à un seul opérateur agréé à cet effet ;
- une action sociale spécifique à chaque établissement ou (GHT) (comparable à l'action sociale ministérielle) dont la gestion pourrait être confiée, de manière facultative, à un organisme tiers (CGOS, Plurélya ou un autre organisme agréé).

Le CGOS, s'il était agréé au vu de son expérience, pourrait donc avoir un rôle de gestionnaire exclusif du socle minimal commun de prestations et un rôle de prestataire facultatif pour la partie de l'action sociale à la main des établissements ou des GHT.

Selon ce scénario, le législateur devrait circonscrire la contribution légale au financement des seules prestations du socle commun et définir le régime financier de l'action sociale spécifique. Le ministère devrait organiser, en conséquence, les périmètres respectifs du socle commun et de l'action sociale spécifique et en agréer le ou les opérateurs. Une variante de ce scénario consisterait à ce que l'État fixe les barèmes de l'action sociale « socle » et seule la gestion courante des prestations serait confiée après appels d'offres à un organisme extérieur.

Ces esquisses de scénario, dont certains peuvent entraîner des bouleversements dans la conception et la mise en œuvre de l'action sociale hospitalière, montrent la nécessité d'orientations claires et rapides du ministère des solidarités et de la santé sur le devenir de cette action dans sa globalité et sur le rôle que devraient y tenir le CGOS et tous les autres opérateurs.

La définition d'une politique d'action sociale hospitalière devrait également permettre de réexaminer certaines modalités atypiques d'organisation qui dérogent à la loi pour des raisons historiques : l'assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) qui a confié une partie de son action sociale à l'association pour la gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes (AGOSPAP) (association créée avec la Ville de Paris) ; le centre hospitalier (CH) de Ville-Evrard qui dispose de son propre comité local des œuvres sociales ; les comités de gestion des œuvres sociales dans les départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion) et dans certaines collectivités d'outre-mer (Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon) ; la convention spécifique entre le CGOS et le centre hospitalier de Mayotte dont l'enveloppe d'action sociale est abondée par une subvention de l'agence régionale de santé (ARS) Océan indien.

La Cour formule notamment les recommandations suivantes :

Recommandation n° 1 : (CGOS – État) exclure les prestations « maladie » et « départ retraite » du champ de l'action sociale déléguée par l'État au CGOS et en tirer les conséquences en baissant le taux de contribution des établissements ; inclure éventuellement ces prestations dans un régime facultatif de prévoyance ;

Recommandation n° 2 : (DGOS – direction générale de l'administration et de la fonction publique [DGAFP]) faire paraître le texte d'application nécessaire pour définir et organiser un régime de protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière ;

Recommandation n° 3 : (CGOS) s'acquitter de l'ensemble des cotisations et contributions sociales auxquelles est assujéti le CGOS. Le cas échéant, recourir au rescrit social prévu à l'article L.243-6-3 du code de la sécurité sociale ;

Recommandation n° 4 : (CGOS – DGOS) soumettre les correspondants du CGOS au régime légal des mises à disposition de personnels et au remboursement par ce dernier de leurs services à l'établissement employeur et définir les relations entre le CGOS et les établissements dans le cadre de conventions de mandat.

Recommandation n° 5 : (direction générale du Trésor) prendre les mesures nécessaires pour faire entrer la CRH dans le droit commun applicable aux fonds d'épargne retraite relevant de l'article L. 441-1 du code des assurances et préserver les intérêts des agents hospitaliers adhérant à la CRH, conformément aux principes énoncés au I de l'article L. 141-7 de ce code, et, dans ce cadre, prévoir, en 2019-2020, un audit de la situation du régime de la CRH pour redéfinir, si nécessaire, la trajectoire et les moyens de son redressement ;

Recommandation n° 6 : (État – DGOS) exercer, à l'aide d'un contrat d'objectifs et de gestion (COG), une surveillance effective du mandat que reçoit le CGOS, dans le cadre de l'agrément prévu à l'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986 et en cohérence avec la politique d'action sociale hospitalière à définir par l'État.

Je vous serais obligé de me faire connaître, sous votre signature et dans le délai de deux mois prévu à l'article L. 143-4 du code des juridictions financières, la réponse que vous aurez donnée à la présente communication³.

Je vous rappelle qu'en application des dispositions du même code :

- deux mois après son envoi, le présent référé sera transmis aux commissions des finances et, dans leur domaine de compétence, aux autres commissions permanentes de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il sera accompagné de votre réponse si elle est parvenue à la Cour dans ce délai. À défaut, votre réponse leur sera transmise dès sa réception par la Cour (article L. 143-4) ;
- dans le respect des secrets protégés par la loi, la Cour pourra mettre en ligne sur son site internet le présent référé, accompagné de votre réponse (article L. 143-1) ;
- l'article L. 143-9 prévoit que, en tant que destinataire du présent référé, vous fournissiez à la Cour un compte rendu des suites données à ses observations, en vue de leur présentation dans son rapport public annuel. Ce compte rendu doit être adressé à la Cour selon les modalités de la procédure de suivi annuel coordonné convenue entre elle et votre administration.

Signé le Premier président

Didier Migaud

³ La Cour vous remercie de lui faire parvenir votre réponse, sous forme dématérialisée, via *Correspondance JF* (<https://correspondancejf.ccomptes.fr/linshare/>) à l'adresse électronique suivante : greffepresidence@ccomptes.fr (cf. arrêté du 8 septembre 2015 portant application du décret n° 2015-146 du 10 février 2015 relatif à la dématérialisation des échanges avec les juridictions financières).

ANNEXE XII

Réponse du 1er ministre du 20 avril 2018 au référé



Le Premier Ministre

Paris, le 20 AVR. 2018

N°594/18/SG

à

**Monsieur le Premier président de la Cour
des comptes**

Objet : Référé relatif au contrôle du Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) et à l'action sociale hospitalière.

La Cour a examiné les comptes et la gestion du Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) pour les exercices 2008 à 2016. Ce contrôle a également conduit la Cour à s'intéresser, plus largement, à l'organisation de l'action sociale dans la fonction publique hospitalière.

Par courrier en date du 14 février 2018, vous m'avez adressé un référé portant sur le contrôle du Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) et l'action sociale hospitalière.

Je prends acte des constats et recommandations formulés par la Cour à l'issue de son contrôle, la Cour estimant notamment que « l'activité du CGOS est insuffisamment encadrée et circonscrite et que l'action sociale hospitalière doit être renouvelée ». De manière globale, je partage les préoccupations de la Cour sur la nécessaire refonte de l'encadrement de l'activité du CGOS et plus largement, celle du champ de l'action sociale hospitalière.

S'agissant de la redéfinition du périmètre de l'action sociale et des conditions d'intervention du CGOS, je souscris à la préoccupation consistant à revoir le périmètre de l'action sociale de la fonction publique hospitalière au regard de la réglementation applicable (recommandation n°1). L'opportunité de valoriser de manière complète l'action sociale développée par les établissements, comme le suggère la Cour au point 1.1.3, incluant les prestations assurées notamment en propre (aide à la petite enfance, restauration collective) pourrait être instruite dans ce cadre. Elle permettrait de refléter fidèlement l'action sociale effectivement mobilisée par les établissements. L'ajustement du taux de contribution des établissements mentionné par la Cour aux points 1.1.1 et 1.2.1 ainsi qu'à la recommandation n°1, sera instruit en conséquence.

Par ailleurs, un état des lieux de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique est actuellement dressé par l'inspection générale des finances et l'inspection de l'administration et des affaires sociales. Les conclusions sont attendues pour le mois de juin 2018. Dans la suite de ce rapport, une concertation est d'ores et déjà prévue sur la possibilité de mettre en place un régime de protection sociale complémentaire des agents des trois versants de la fonction publique, incluant la fonction publique hospitalière. Cette démarche permettra également d'aborder l'éventualité de développer un régime facultatif de prévoyance.

Je partage la recommandation de la Cour sur la nécessité, pour le CGOS, de s'acquitter de l'ensemble de ses obligations réglementaires et juridiques (recommandation n°3), notamment sur son plein assujettissement aux cotisations et prestations sociales, et de clarifier la situation des « correspondants CGOS » (recommandation n°4).

De plus, s'agissant de la recommandation n°5 relative à la complémentaire retraite des hospitaliers (CRH), il n'apparaît pas opportun dans l'immédiat de rendre applicable à la CRH le droit commun applicable aux retraites par points compte tenu des efforts consentis par les parties et les engagements donnés. En effet, l'application de ce cadre pourrait conduire à un non-respect de la trajectoire prévue par les parties et ferait donc perdre la perspective d'une consolidation souhaitée par les différentes parties, dont l'effort collégial doit être soutenu. En revanche, l'application du régime de droit commun à la CRH est certainement souhaitable à terme et pourra être envisagée lorsque le régime aura retrouvé une parfaite couverture de ses engagements, à horizon 2028 ou 2030. Concernant la question de la création d'une association souscriptrice, conformément à l'article L. 141-7 du Code des assurances, le CGOS bénéficie d'une dérogation législative aux obligations pesant sur les associations souscriptrices insérée au III de l'article L. 141-7 du Code des assurances par la loi de séparation et de régulation des activités bancaires de 2013. Enfin, concernant l'opportunité de prévoir, en 2019-2020, un audit de la situation du régime de la CRH pour redéfinir si nécessaire la trajectoire, il semble que ceci serait prématuré compte tenu de la redéfinition de la trajectoire de convergence en 2016, du caractère progressif des effets des mesures prises et du suivi régulier du respect de cette trajectoire par les pouvoirs publics.

S'agissant de la rénovation du cadre de l'action sociale hospitalière, la Cour relève une défaillance des services de l'Etat dans leur mission de contrôle de l'action sociale conduite par le CGOS. Aussi, la rénovation de l'action sociale hospitalière implique incontestablement une clarification du rôle des acteurs agissant dans ce domaine (recommandation n°6).

La complexité actuelle de la mission de surveillance des services de l'Etat et de l'encadrement de la politique d'action sociale hospitalière provient notamment de la conjonction de plusieurs facteurs : la nature juridique des organismes agréés (le CGOS étant une association de loi 1901), les outils de surveillance dont disposent les services de l'Etat (uniquement prévus par la convention d'agrément datant du 31 mars 2000) et les liens entre les acteurs (l'action sociale n'étant pas celle des agents du ministère en charge de la santé, mais des agents des établissements employeurs versant une contribution annuelle au CGOS).

La Cour se montre réservée quant à la délivrance de l'agrément ministériel à un nouvel organisme de gestion d'action sociale hospitalière, Plurélya. Pour autant, le ministère a délivré l'agrément à Plurélya à la suite de l'instruction de son dossier au regard des critères de la réglementation applicable (articles 9 de la loi du 13 juillet 1983 et 116-1 de la loi du 9 janvier 1986). Aussi, la juxtaposition de ces deux acteurs, le CGOS et Plurélya, soumis aux mêmes règles de financement n'entre pas en contradiction avec la réglementation applicable à l'action sociale dans la fonction publique hospitalière.

Au regard de ces éléments, la rénovation du cadre de l'action sociale hospitalière telle que je l'envisage aujourd'hui s'inspirerait du modèle en vigueur au sein du versant territorial. Cela se traduirait par un recentrage de l'Etat sur ses missions stratégiques de pilotage et par une responsabilisation accrue des parties prenantes, les représentants des employeurs, des personnels hospitaliers ainsi que les organismes gestionnaires d'action sociale. Dans le cadre du régime d'agrément, les services de l'Etat auraient pour mission de délivrer l'agrément aux organismes souhaitant gérer l'action sociale au regard du cadre normatif de l'action sociale dans le versant hospitalier. A cette fin, ils auraient également la charge de conditionner le renouvellement des conventions d'agrément au strict respect de la réglementation applicable en la matière.

Les acteurs concernés poursuivraient leur dialogue sur les modalités de mise en place de l'action sociale au sein des instances paritaires des organismes agréés. Les employeurs seraient, quant à eux, amenés plus particulièrement à veiller à la qualité des prestations sociales délivrées à leurs agents et à s'assurer de la bonne utilisation des dépenses qu'ils consacrent à l'externalisation de cette politique sociale. Un taux de contribution minimum à l'action sociale hospitalière, commun pour l'ensemble des établissements de santé, fixé par le ministère en charge de la santé serait maintenu

Le travail conduit par la Cour dans le cadre du contrôle du Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) et relatif à l'action sociale hospitalière de manière plus large, ainsi que les observations et recommandations auxquelles il a donné lieu vont conduire l'Etat à prendre un certain nombre de mesures d'ajustement présentées dans la présente réponse.

Il ouvre aussi l'opportunité d'engager, en lien étroit avec les parties prenantes directement concernées, les représentants des personnels et des employeurs, ainsi qu'avec le CGOS, une réflexion sur les objectifs et moyens prioritaires de l'action sociale en faveur des personnels hospitaliers. Cette action est plus que jamais essentielle et toute initiative qui permettra de la rendre plus adaptée aux attentes des personnels et plus efficiente ne pourra que la conforter.



Edouard PHILIPPE



ANNEXE XIII

Article 44 de la loi du 9 janvier 1986



Chemin :

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

- ▶ Chapitre 4 : Positions.
- ▶ Section 1 : Activité
- ▶ Sous-section 1 : Dispositions générales

Article 44

Lorsqu'un fonctionnaire en activité est hospitalisé dans l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du présent titre, l'établissement employeur prend à sa charge pendant une durée maximum de six mois le montant des frais d'hospitalisation non remboursés par les organismes de sécurité sociale. Pour une hospitalisation dans un établissement autre que celui où le fonctionnaire est en fonctions, cette charge ne pourra être toutefois assumée qu'en cas de nécessité reconnue par un médecin désigné par l'administration de l'établissement employeur ou sur le vu d'un certificat délivré par l'administration de l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et attestant l'urgence de l'hospitalisation.

Les fonctionnaires en activité bénéficient, en outre, de la gratuité des soins médicaux qui leur sont dispensés dans l'établissement où ils exercent ainsi que de la gratuité des produits pharmaceutiques qui leur sont délivrés pour leur usage personnel par la pharmacie de l'établissement, sur prescription d'un médecin de l'établissement.

L'établissement ou la collectivité publique dont il relève est subrogé dans les droits que détient le fonctionnaire du fait de son affiliation à un régime de sécurité sociale.

Liens relatifs à cet article

Cite: Loi 86-33 1986-01-09 art. 2

Cité par: Décret n°97-487 du 12 mai 1997 - art. 15 (V)

**“QUEL AVENIR POUR LA PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE DANS LA FONCTION PUBLIQUE
HOSPITALIÈRE ?”**

Sabrina BELDOIANZ (D3S), Steven BOBE (DH), Lucile COMBES (D3S), Paul GOUVINE, (AAH), Yannick JESTIN (DS), Rayane KHOUHLI (DH), José LOPES ANDRADE (AAH), Véronique MAXENCE (DS), Florent POIRET (DH)

Résumé :

Actuellement, la loi de modernisation de la fonction publique est en cours de discussion au Parlement. En parallèle, un rapport concernant la protection sociale des fonctionnaires, en particulier celle des fonctionnaires hospitaliers, devrait être communiqué dans le courant du mois de juin 2019.

La protection sociale complémentaire est généralement considérée comme un élément dynamique d'une politique de rémunération et comme un champ essentiel du dialogue social. Cependant, la fonction publique hospitalière demeure le seul versant où la participation de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire n'est pas encadrée. Les mécanismes historiques y subsistent mais jusqu'à quand ?

Après un rappel historique et réglementaire, ce mémoire présente un état des lieux des pratiques actuelles dont peuvent bénéficier les agents de la fonction publique hospitalière ainsi que le positionnement des principaux acteurs dans la perspective d'une transformation de la protection sociale complémentaire au sein de la fonction publique hospitalière.

Mots clés :

protection sociale complémentaire - prévoyance - fonction publique hospitalière -

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs