



La protection sociale complémentaire des agents publics – Rapport spécifique à la fonction publique hospitalière

RAPPORT

Établi par

Delphine CHAUMEL

Vincent LIDSKY

Laurent GRATIEUX

Franck LE MORVAN

Membres de l'inspection générale
des affaires sociales

Membre de l'Inspection générale des
finances



INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

N°2019-009R1



N°2019-M-038-02

- Juillet 2019 -

SYNTHESE

[1] La remise en cause des dispositifs d'aides publiques aux mutuelles de fonctionnaires a conduit l'Etat à inscrire en 2007, à l'article 22 bis du titre I^{er} du statut général, les principes transversaux encadrant les conditions de la participation des employeurs publics à la protection sociale complémentaire (PSC) de leurs agents. La loi en renvoie toutefois les modalités d'application à des décrets en Conseil d'Etat. Ces textes ont été publiés entre 2007 et 2011 pour les agents de l'Etat et des collectivités territoriales (voir rapport IGF 2018-M-024-02, IGAS 2019-009R, IGA 19013-R) mais pas pour les agents de la FPH, rendant le dispositif inapplicable en ce qui les concerne.

[2] **Cette situation tient avant tout à l'existence de dispositifs spécifiques aux établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, financés par l'employeur et prenant en charge une partie des besoins relevant habituellement de la PSC.**

[3] **Tout d'abord, l'article 44 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 pour les fonctionnaires, ainsi que son extension aux praticiens hospitaliers (PH) exerçant à temps plein, réduit en principe le besoin d'une complémentaire santé,** puisqu'il prévoit la prise en charge par l'employeur pour :

- les frais d'hospitalisation non remboursés par la sécurité sociale, pour une durée de six mois, lorsque les agents sont hospitalisés dans l'établissement dans lequel ils travaillent, ou bien dans un autre établissement, en cas d'urgence ou de nécessité ;
- les soins médicaux dispensés dans l'établissement d'exercice et les produits pharmaceutiques délivrés sur prescription, pour leur usage personnel, par la pharmacie de cet établissement.

[4] 75 % des 1,2 million de personnels des établissements sont éligibles à ce dispositif. Il ne couvre pas tous leurs besoins, que ce soit ceux de leur famille ou des prestations qui ne sont généralement pas offertes dans les établissements de santé (soins prothétiques dentaires, optique) ou ne sont accessibles que dans un établissement tiers (par exemple pour les agents du secteur médico-social).

[5] **Quant au besoin de garanties de prévoyance, il est réduit, pour une partie des personnels, par une prestation servie par le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS).**

[6] Le CGOS est agréé par le ministère de la santé en application de l'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986, en vue de gérer l'action sociale au bénéfice des personnels non médicaux (80 % des effectifs), financée par une contribution des établissements à hauteur de 1,5 % de la masse salariale plafonnée. Il regroupe la très grande majorité des établissements, les autres adhérant à des organismes spécifiques (notamment des comités d'action sociale propres aux établissements d'Outre-Mer et l'Association de gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes – AGOSPAP - pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris – AP-HP).

[7] Le CGOS verse notamment une « prestation maladie » compensant partiellement la perte de rémunération en cas d'incapacité temporaire de travail prolongée (hors contrats de courte durée). La prestation maladie du CGOS, calculée en fonction du traitement indiciaire, intervient dans les cas où le fonctionnaire est statutairement payé à demi-traitement, dans la limite de 150 jours pour un congé de maladie ordinaire (CMO) et de 150 jours par an pendant deux ans pour les congés plus longs (CLM ou CLD). Pour les agents contractuels, la durée d'indemnisation est plus courte.

[8] **L'AP-HP présente des particularités au regard de ces deux dispositifs.** Elle applique le dispositif des soins gratuits de façon particulièrement large, en vertu de dispositions statutaires spécifiques remontant pour partie au XIX^{ème} siècle et maintenues en vigueur par l'article 105 de la loi du 9 janvier 1986, qui incluent certains soins de ville (consultations médicales, soins dentaires hors prothèses, analyses et médicaments). Toutefois, cette application est différenciée en fonction de la couverture complémentaire souscrite par les agents :

- Pour ceux qui adhèrent à deux mutuelles conventionnées avec l'AP-HP, soit environ 70 % des personnels non médicaux, l'AP-HP rembourse ces deux mutuelles pour la part des soins non couverts par la sécurité sociale ;
- Les agents adhérant à d'autres organismes complémentaires et les agents sans couverture complémentaire bénéficient, sur demande, de la prise en charge directe par l'AP-HP (soins dispensés dans l'établissement) ou du remboursement de la part non prise en charge par la sécurité sociale (soins dispensés en ville).

[9] En revanche, l'AGOSPAP, qui reçoit de l'AP-HP une cotisation de 0,5 % de la masse salariale pour gérer l'action sociale de ses agents, ne verse pas de prestation au titre de la perte de rémunération.

[10] **D'autres facteurs peuvent expliquer l'absence de dispositif réglementaire de PSC dans la FPH :**

- la difficulté de bâtir un dispositif de PSC commun aux personnels médicaux et aux personnels non médicaux en raison des différences de statut, de rémunération, de sinistralité et de consommation de soins (les médecins pouvant par exemple recourir plus facilement à l'automédication ou aux actes gratuits d'un confrère) ;
- les contraintes du financement d'une participation des établissements, dont l'instauration est subordonnée à sa compatibilité avec l'ONDAM.

[11] **La réalité du fonctionnement de ces dispositifs spécifiques est loin de répondre à l'ensemble des besoins des agents qui recourent largement à l'assurance complémentaire.**

[12] **Le dispositif de soins gratuits est de moins en moins et très inégalement appliqué,** ce qui ressort de l'enquête lancée par la mission auprès d'un échantillon d'établissements de santé employant près d'un tiers du nombre total d'agents concernés : au sein des CHU-CHR, qui l'appliquent le plus, 39 % déclarent le mettre en œuvre pour les consultations médicales, 33 % pour l'hospitalisation, 22 % pour les produits pharmaceutiques ; ces chiffres tombent respectivement à 33 %, 25 % et 13 % parmi les CH ; ils sont généralement inférieurs à la moitié des taux constatés en 2009 ; en outre une partie de ces établissements ne précise pas de montant de dépenses.

[13] Au sein des établissements appliquant le dispositif, peu d'agents y ont recours : au maximum 25 % des agents éligibles pour les consultations médicales, 3 % pour l'hospitalisation et quasiment aucun pour les produits pharmaceutiques. Les dépenses engagées atteignent en moyenne 15 € par an et par agent éligible (25 € dans l'établissement où le dispositif est le plus appliqué). Au total, on peut estimer que les soins gratuits représentent environ 8,5 M€ par an dont 6 M€ pour l'AP-HP et 2,5 M€ pour les autres établissements.

[14] **Le régime social et fiscal, ainsi que la réticence des établissements à mettre en œuvre le dispositif, constituent les principales explications de ce constat.** A la suite de plusieurs arrêts rendus en 2001 et 2003 par la Cour de Cassation, les soins gratuits sont en effet considérés comme des avantages en nature, assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) pour la part excédant la part prise en charge par les régimes de base. Une lettre ministérielle du 26 janvier 2004 admet certes la neutralisation de la

part susceptible d'être prise en charge par un organisme complémentaire et écarte la qualification d'avantage en nature lorsque le solde est inférieur à 30 % du coût global des prestations. Mais en pratique beaucoup d'établissements invoquent la complexité de gestion et incitent leurs agents à recourir plutôt à une assurance complémentaire santé.

[15] Par ailleurs, les personnes rencontrées par la mission ont mentionné la pratique de consultations informelles entre les agents exerçant au sein d'un établissement de santé, notamment entre collègues médecins, en application du principe de confraternité. Elles ont également évoqué « l'évaporation » de certains médicaments courants, lorsqu'il n'existe pas de système de dispensation individuelle et nominative en assurant la traçabilité.

[16] **La prestation maladie du CGOS est au contraire en croissance rapide, ce qui met son existence en cause.**

[17] Le nombre de bénéficiaires a ainsi presque doublé depuis 2000, atteignant 62 470 en 2017 – soit 6,5 % des agents éligibles - et le volume des dépenses a plus que doublé en euros courants sur la même période, atteignant 96 M€ en 2018, soit 24 % des ressources du CGOS. Cette croissance fait écho à l'augmentation de l'absentéisme pour cause de maladie, qui connaît une progression lente mais continue, notamment pour le personnel non médical (de 5,66 % en 2012 à 7,09 % en 2017).

[18] La durée moyenne de versement atteint 81 jours en CMO, soit un peu plus de la moitié de la durée maximale annuelle, ce qui ne permet pas de corroborer les indications de certaines DRH sur l'effet désincitatif à la reprise du travail qu'aurait la prestation.

[19] Les établissements interrogés considèrent généralement que cette prestation est nécessaire. Toutefois cette appréciation globale positive peut s'accompagner de critiques - notamment sur ses lacunes, en terme de niveau garanti (ne prenant pas en compte les primes), de durée de service ou de population couverte (excluant les personnels médicaux).

[20] Les instances dirigeantes du CGOS sont conscientes du poids croissant des dépenses générées par la prestation maladie et de leur caractère peu maîtrisable. Mais la baisse du taux d'indemnisation, ramené de 47,5 % à 45 % de l'assiette à compter du 1^{er} janvier 2017, n'a pas enrayer durablement la hausse des dépenses qui s'est poursuivie en 2018.

[21] **La qualification juridique de la prestation maladie du CGOS a en outre été mise en cause par un référé de la Cour des comptes :** dans la mesure où cette prestation est versée « *sans participation du bénéficiaire à la dépense engagée et sans conditions de ressources, ni examen de la situation personnelle ou familiale* », elle n'entrerait pas dans le champ légal de l'action sociale hospitalière, tel que défini par l'article 9 du titre Ier du statut général de la fonction publique (auquel renvoie l'article 116-1 précité).

[22] Cette définition, éclairée par les travaux parlementaires qui en ont précédé l'adoption, apparaît pourtant suffisamment large : en particulier l'article 9 n'implique la participation du bénéficiaire que « *sous réserve des dispositions propres à chaque prestation* », il n'impose par lui-même aucun examen de la situation personnelle et familiale, et on peut raisonnablement présumer que le passage à demi-traitement en cas d'arrêt pour maladie est pour l'agent qui le subit une « situation difficile » pouvant justifier une action sociale.

[23] Comme le soutient également la Cour, la prestation maladie du CGOS pourrait relever de la PSC. Mais la prestation demeure, en l'état du droit, extérieure au champ de l'article 22 bis de la loi de 1983, puisqu'en l'espèce les agents ne souscrivent à rien et n'acquièrent aucune « garantie ». De manière plus générale, la prestation maladie du CGOS n'a pas la nature d'une prestation d'assurance.

[24] Il reste que ce débat juridique sur la nature de la prestation renvoie à son caractère précaire, alors qu'elle est vécue généralement comme un prolongement des droits statutaires, ce qui soulève une question d'opportunité.

[25] **Le taux d'adhésion des agents hospitaliers à des garanties de PSC semble en tout cas proche de celui du reste de la fonction publique.** Le taux de couverture des agents de la FPH en assurance santé pouvait être estimé à 97 %, en 2014, selon les données de l'enquête ESPS de l'IRDES, pour 98 % dans la FPE et la FPT. En dépit du dispositif de soins gratuits, le taux de renoncement aux soins observé pour les agents de la FPH (22 %) n'est que légèrement inférieur à celui de l'ensemble de la fonction publique (26 %).

[26] **Les voies d'évolution des dispositifs spécifiques et de la mise en place d'une participation des établissements à la PSC de leurs agents apparaissent étroites.** Les organisations syndicales rencontrées sont divisées sur l'avenir des dispositifs spécifiques – l'une d'elles étant favorable à leur évolution vers des mécanismes de PSC – mais elles convergent sur le maintien voire l'augmentation des financements à la charge des employeurs. Quant aux directions d'établissements, elles identifient bien l'intérêt de faire de la PSC un sujet de dialogue social et un élément d'attractivité mais craignent de ne pouvoir y consacrer les moyens financiers nécessaires. De manière générale, la PSC ne ressort pas comme un sujet de préoccupation prioritaire en matière de ressources humaines au sein des établissements. La mission suggère à cet égard une étude comparée sur les rémunérations des personnels employés dans les établissements publics et privés, afin de remettre en perspective le degré de priorité de réforme de la protection sociale complémentaire dans la FPH.

[27] Compte tenu de la symbolique forte du dispositif de soins gratuits et du montant de dépenses modeste qu'il représente pour la plupart des établissements, la mission en préconise le maintien, tout en recommandant de l'aménager juridiquement, y compris à l'AP-HP. La loi pourrait prévoir que les établissements, de préférence au niveau des GHT, négocient un accord local avec les organisations syndicales afin d'opter alternativement pour la participation au financement de l'assurance complémentaire santé de leurs agents. En outre, dans un souci d'équité, la loi pourrait étendre l'application des soins gratuits, pour les établissements continuant à les mettre en œuvre, à l'ensemble de leurs agents, en prévoyant le cas échéant une quotité et une durée minimales d'exercice. Il conviendrait également de sécuriser juridiquement la subrogation à l'égard de l'assurance complémentaire santé.

[28] S'agissant de la prestation maladie du CGOS, la mission recommande d'approfondir les études disponibles permettant d'identifier les facteurs explicatifs de la croissance des arrêts de travail de longue durée qui en occasionnent le versement, ainsi que les actions de prévention spécifiques susceptibles d'être engagées. Au regard de l'importance accordée à la prestation et de la nécessité de maintenir une continuité dans la protection des agents sur le risque de perte de rémunération, la mission préconise de conserver dans les ressources des établissements le montant de 96 M€ correspondant, pour le redéployer sur le financement de la prévoyance complémentaire. Compte tenu des marges de manœuvre disponibles et de l'application diverse des dispositifs existants, deux scénarios peuvent être envisagés, laissant tous deux, mais à un degré différent, davantage de souplesse aux établissements, dans le cadre de leur dialogue social :

- scénario n°1 : définir au niveau national une prévoyance socle pour l'ensemble des établissements, ce scénario pouvant comporter des variantes laissant des marges de négociation à l'échelon local ;
- scénario n°2 : laisser aux établissements le choix de mettre en place une prévoyance à adhésion obligatoire.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	11
1 LES CONDITIONS DE PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DES AGENTS N'ONT PAS ETE DEFINIES DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE, NOTAMMENT DU FAIT DE L'EXISTENCE DE DISPOSITIFS SPECIFIQUES	12
1.1 A la différence des deux autres versants de la fonction publique, la FPH n'a pas fait l'objet d'un texte réglementaire autorisant une participation de l'employeur à la PSC	12
1.1.1 La FPH est concernée comme les autres versants de la fonction publique par le principe défini par le statut général	12
1.1.2 Un projet de décret élaboré en 2007-2008 n'a cependant pas abouti	13
1.2 Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, notamment l'existence de dispositifs spécifiques financés par l'employeur et prenant en charge une partie des besoins relevant de la PSC	14
1.2.1 L'accès gratuit aux soins dispensés dans l'établissement employeur réduit en principe le besoin d'une complémentaire santé pour les fonctionnaires et praticiens hospitaliers à temps plein	14
1.2.2 Le versement d'une prestation du CGOS, en cas d'incapacité temporaire entraînant une baisse de la rémunération, diminue le besoin de garanties de prévoyance pour les personnels non médicaux.....	16
1.2.3 L'AP-HP présente des particularités au regard de ces deux dispositifs.....	21
1.2.4 D'autres facteurs ont pu contribuer à complexifier la définition de modalités de participation des employeurs à la PSC	26
2 LA REALITE DU FONCTIONNEMENT DE CES DISPOSITIFS SPECIFIQUES EST CEPENDANT LOIN DE REpondre A L'ENSEMBLE DES BESOINS DES AGENTS QUI REcourent LARGEMENT A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE	27
2.1. Le dispositif de soins gratuits est de moins en moins et très inégalement appliqué	27
2.1.1 La décroissance du nombre de bénéficiaires des soins gratuits observée en 2009 se poursuit.....	27
2.1.2 L'assujettissement des prestations au régime social et fiscal des avantages en nature, ainsi que la réticence des établissements à mettre en œuvre ce dispositif constituent les principales explications de ce constat	29
2.2 En croissance rapide, la prestation « maladie » du CGOS est remise en cause	34
2.2.1 L'augmentation des dépenses de prestation maladie du CGOS fait écho à celle de l'absentéisme pour raison de santé	34
2.2.2 La nature juridique de cette prestation est sujette à débat	42

2.3	Difficile à mesurer, le taux d'adhésion des agents hospitaliers à des garanties de PSC semble se rapprocher de celui des agents des autres versants	46
2.3.1.	En santé, le taux et le niveau de couverture peuvent être estimés proches de celui constaté pour les autres versants	46
2.3.2	En prévoyance les données disponibles sont trop difficiles à consolider pour permettre une estimation fiable	50
3	LES VOIES D'UNE EVOLUTION DES DISPOSITIFS SPECIFIQUES ET DE LA MISE EN PLACE D'UNE PARTICIPATION DES ETABLISSEMENTS A LA PSC DE LEURS AGENTS APPARAISSENT ETROITES	54
3.1	Les positions divergentes des organisations syndicales et les contraintes de gestion des établissements s'opposent à une remise en cause profonde et uniforme des dispositifs existants... 54	54
3.1.1	Les syndicats sont divisés sur l'avenir des dispositifs spécifiques mais convergent sur le maintien voire l'augmentation des contributions des employeurs.....	54
3.1.2	Les directions d'établissements identifient bien l'intérêt de faire de la PSC un sujet de dialogue social et un élément d'attractivité mais craignent de ne pouvoir y consacrer les moyens financiers nécessaires	55
3.2	Compte tenu des marges de manœuvre disponibles et de l'application diverse des dispositifs existants entre établissements, plusieurs évolutions peuvent être envisagées afin de laisser davantage de souplesse aux établissements, dans le cadre de leur dialogue social.....	56
3.2.1	Les marges de manœuvre disponibles offrent des possibilités limitées de redéploiement sur le financement d'un nouveau dispositif de PSC	56
3.2.2	La définition d'un nouveau dispositif de PSC doit prendre appui sur les dispositifs existants, et une meilleure connaissance des besoins et attentes des agents exerçant au sein des établissements.....	57
3.3	Deux scénarios peuvent être envisagés afin d'ouvrir aux établissements, dans un cadre négocié, la possibilité de substituer à la prestation maladie du CGOS une participation à la prévoyance.....	65
3.3.1	Un premier scénario consiste à définir au niveau national une prévoyance socle pour l'ensemble des établissements et à leur permettre de participer au financement de garanties supplémentaires	65
3.3.2	Un deuxième scénario confierait aux établissements le choix de mettre en place une prévoyance complémentaire après avoir négocié un accord local avec les organisations syndicales	67
3.4	Dans tous les cas où l'échelon local aura à intervenir, la mission préconise de privilégier le niveau du GHT	68
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	71
	LETTRE DE MISSION	73
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	79
	ANNEXE N°1 : EXPLOITATION DE L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	87

SIGLES UTILISES..... 103

INTRODUCTION

[29] Par lettre de mission en date du 21 décembre 2018, les directeurs de cabinet des ministres respectivement en charge des solidarités et de la santé, de l'action et des comptes publics, de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales ainsi que du secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics ont demandé aux Inspections générales des finances (IGF), des affaires sociales (IGAS) et de l'administration (IGA), un diagnostic et des recommandations sur la protection sociale complémentaire (PSC) dans les trois fonctions publiques.

[30] La fonction publique d'Etat (FPE) et la fonction publique territoriale (FPT) ont fait l'objet de dispositions législatives en 2007 et 2009, puis de décrets respectivement en 2007 et 2011. A ce titre, elles avaient déjà fait l'objet d'un rapport (resté confidentiel) en 2015. La mission a expertisé en particulier le dispositif de référencement de la FPE modifié en 2017-2018, et a rendu ses conclusions dans un premier rapport¹.

[31] En revanche, la fonction publique hospitalière (FPH) n'a pas donné lieu à des textes d'application de l'article 22 bis inséré au titre I^{er} du statut général de la fonction publique par l'article 39 de la loi du 2 février 2007, malgré les recommandations en ce sens d'un rapport de l'IGAS². Ce rapport préconisait la mise en place d'un dispositif proche de celui appliqué à la FPT, tout en maintenant les dispositifs spécifiques à la fonction publique hospitalière, à savoir le droit des agents aux « soins gratuits » et le versement d'une prestation couvrant partiellement les baisses de rémunération en cas d'incapacité temporaire assuré par l'organisme en charge de la gestion mutualisée de l'action sociale des établissements. La FPH n'avait pas non plus été évoquée dans la lettre de mission de 2015. C'est donc pour la première fois depuis 2009 qu'a été demandé un diagnostic étendu à FPH, qui fait ainsi l'objet du présent rapport distinct.

[32] Pour ce faire, la mission a échangé avec les responsables de la PSC à la DGAFP, avec le ministère de la santé et des solidarités (cabinet et DGOS), les représentants des employeurs publics (FHF, directeurs généraux de CHU...) et plusieurs syndicats, avec des organismes complémentaires (mutuelles) ainsi qu'avec des fédérations d'établissements hospitaliers privés (FEHAP, FHF) et des organismes d'action sociale (CGOS, Plurélya). Elle a également adressé un questionnaire à un échantillon d'établissements publics de santé portant à la fois sur l'application des dispositifs spécifiques et sur les enjeux en matière de protection complémentaire des agents hospitaliers, complété par une série d'entretiens avec des responsables des ressources humaines de quelques-uns des établissements interrogés.

[33] Le présent rapport présente dans une première partie les spécificités des dispositifs mis en place dans les établissements employant les agents de la FPH et analyse dans une deuxième partie la mise en œuvre effective de ces dispositifs et leur impact sur la couverture complémentaire des agents. Une troisième partie propose plusieurs scénarios d'évolution pour étendre à la FPH les dispositions permettant aux employeurs de participer à la protection sociale de leurs agents, en prenant en compte les spécificités et contraintes du secteur.

¹ « Protection sociale complémentaire des agents publics », Rapport IGF 2018-M-024-02, IGAS 2019-009R, IGA 19013-R, juin 2019.

² « Relations entre les établissements publics de santé et les mutuelles », Christophe Lannelongue, Bernard Verrier, Rapport IGAS RM 2009-020P, mars 2009.

1 LES CONDITIONS DE PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DES AGENTS N'ONT PAS ETE DEFINIES DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE, NOTAMMENT DU FAIT DE L'EXISTENCE DE DISPOSITIFS SPECIFIQUES

1.1 A la différence des deux autres versants de la fonction publique, la FPH n'a pas fait l'objet d'un texte réglementaire autorisant une participation de l'employeur à la PSC

1.1.1 La FPH est concernée comme les autres versants de la fonction publique par le principe défini par le statut général

1.1.1.1 La fonction publique hospitalière regroupe les fonctionnaires exerçant leur activité dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, aux côtés d'autres agents publics

[34] Le statut des agents de la fonction publique hospitalière (FPH), constituant le titre IV du statut général des fonctionnaires, a été défini par la loi du 9 janvier 1986. Il s'applique aux fonctionnaires titularisés dans un grade de la hiérarchie des établissements énumérés à l'article 2 de la loi : établissements publics de santé, établissements publics sociaux et médico-sociaux, établissements sociaux et médico-sociaux sans personnalité morale gérés par des collectivités territoriales ou d'autres personnes morales de droit public³.

[35] Ces établissements emploient, outre des fonctionnaires, des contractuels de droit public et des personnels médicaux qui n'ont pas, sauf les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH)⁴, le statut de fonctionnaire mais celui d'agent non titulaire sous statut (pour la catégorie la plus nombreuse des praticiens hospitaliers⁵) ou d'agent contractuel de droit public.

[36] Au 31 décembre 2017, les établissements employant des agents de la FPH comptaient 1 230 000 agents dont 854 000 fonctionnaires.

³ Etablissements et services accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées, établissements et services prenant en charges des personnes ou familles en difficulté, établissements de l'aide sociale à l'enfance.

⁴ Qui ont le double statut de fonctionnaire de l'Etat et de praticien hospitalier.

⁵ Le statut des praticiens hospitaliers (PH) est défini par le code de la santé publique. Ils ne sont pas sous contrat avec leur établissement employeur mais affectés et gérés par un établissement public national, le centre national de gestion (CNG) qui gère aussi la carrière des personnels de direction et des directeurs des soins.

Tableau 1 : Effectifs (personnes physiques) et répartition par catégories des salariés des établissements visés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 (au 31 décembre 2017)

	Secteur sanitaire	Secteur médico-social	Ensemble
Fonctionnaires	771 046	82 998	854 044
Contractuels	193 442	39 789	233 231
Personnel médical	141 324	1 196	142 520 ⁶
Total	1 105 812	123 983	1 229 795

Source : DGOS : exploitation des déclarations annuelles de données sociales (DADS) 2017 des établissements

1.1.1.2 Le principe de la participation de l'employeur à la protection sociale complémentaire des agents s'applique aux agents de la fonction publique hospitalière

[37] La remise en cause des dispositifs d'aides publiques aux mutuelles de fonctionnaires a conduit l'Etat à inscrire dans le statut général des fonctionnaires les principes transversaux à l'ensemble des fonctions publiques pour encadrer les conditions de la participation des employeurs publics à la protection sociale complémentaire (PSC) de leurs agents. La loi du 2 février 2007⁷ a ainsi inscrit dans le titre 1^{er} du statut général de la fonction publique⁸ un article 22 bis disposant que « I - 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. » et que « 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. »⁹

[38] La loi renvoie toutefois la définition des modalités d'application de ces dispositions à des décrets en Conseil d'Etat. Ces textes ont été publiés pour les agents civils de l'Etat (en 2007) et pour les agents des collectivités territoriales (en 2011) mais pas pour les agents de la FPH, rendant de ce fait le dispositif inapplicable.

1.1.2 Un projet de décret élaboré en 2007-2008 n'a cependant pas abouti

[39] En parallèle avec les réflexions engagées dans les deux autres fonctions publiques, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) après avoir interrogé les directeurs d'établissements sur les aides qu'ils accordaient à des mutuelles¹⁰ (subventions directes, mises à disposition de personnels et de locaux et autres aides indirectes), leur a formellement demandé de faire cesser ces aides¹¹, notamment par la conclusion, au cours du premier semestre de l'année 2007, de conventions prévoyant la prise en charge par les organismes concernés des moyens mis à leur disposition.

[40] La DHOS annonçait en même temps l'engagement d'une réflexion nationale avec les partenaires sociaux, qui a débouché, pour la FPH, sur la présentation d'un projet de décret spécifique lors d'une réunion de concertation tenue le 19 septembre 2007 avec les représentants des

⁶ Dont 39 965 praticiens hospitaliers temps plein (source CNG 2018). Le chiffre de 142 520 agents inclut les internes et résidents mais pas les étudiants (externes).

⁷ Article 39 de la Loi n° 2007 148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

⁸ Loi n°83-684 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

⁹ Voir sur ce point le rapport IGF-IGA-IGAS précité en note 1.

¹⁰ Note du 27 février 2006 (non publiée).

¹¹ Circulaire DHOS/P1 no 2007-70 du 19 février 2007 relative à la régularisation des relations entre les établissements publics de santé et les mutuelles de leurs agents – publiée au BO de mars 2007.

organisations syndicales¹². Ce projet de décret s'inspirait du texte déjà finalisé pour la fonction publique de l'Etat (signé le jour même) et du texte en préparation pour la fonction publique territoriale, avec un mécanisme spécifique de labellisation des organismes chargés de mutualiser les risques et de mettre en œuvre les solidarités prévues par la loi.

[41] Mais la concertation n'a pas été menée à son terme et n'a pas été relancée depuis, laissant la loi inappliquée dans la FPH. Cette situation anormale en droit¹³ peut s'expliquer par la faiblesse des aides ou conventions préexistantes à régulariser, par comparaison avec la FPE et, dans une moindre mesure, la FPT. Les aides directes ou indirectes accordées par des établissements de santé à des mutuelles semblent avoir été limitées¹⁴. A la différence des collectivités territoriales, très peu d'établissements se sont engagés dans la conclusion de contrats collectifs d'assurance au bénéfice de leurs agents¹⁵. Mais la raison principale de cette abstention du pouvoir réglementaire tient surtout aux spécificités de la FPH en matière de prise en charge des soins et des arrêts de travail¹⁶.

1.2 Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, notamment l'existence de dispositifs spécifiques financés par l'employeur et prenant en charge une partie des besoins relevant de la PSC

1.2.1 L'accès gratuit aux soins dispensés dans l'établissement employeur réduit en principe le besoin d'une complémentaire santé pour les fonctionnaires et praticiens hospitaliers à temps plein

[42] Reprenant des dispositions anciennes¹⁷, l'article 44 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière encadre le dispositif de soins gratuits pour les fonctionnaires de la FPH, dispositif calqué quasiment à l'identique pour les praticiens hospitaliers par l'article 12 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Le rapport de l'IGAS précité expliquait ainsi l'origine de ces dispositions législatives : *« La gratuité des soins hospitaliers trouve son origine à la fois dans la nature même des fonctions et des métiers exercés par les personnels des établissements publics de santé et dans l'exposition à des risques professionnels spécifiques inhérents au lieu d'exercice. Les soins gratuits sont en quelque sorte une forme de compensation du risque infectieux plus élevé que dans d'autres secteurs. C'est la raison pour laquelle il s'agit d'un droit statutaire, reconnu au plan législatif et déjà présent dans le tout premier statut à caractère national des hospitaliers (article 71 du décret n° 55- 683 du 20 mai 1955 portant statut général du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics). »*

¹² La mission n'a pas eu accès au projet de décret qui n'a pas été retrouvé par la DGOS, mais son contenu est décrit par le rapport de MM. Lannelongue et Verrier précité et par une présentation synthétique élaborée en 2008 communiquée par la DGOS.

¹³ Le « délai raisonnable » reconnu par la jurisprudence administrative pour prendre le décret nécessaire à l'application d'une loi est évidemment dépassé.

¹⁴ Cf. le constat dressé par le rapport Lannelongue-Verrier précité – point 2.2.

¹⁵ A l'exception notable des Hospices civils de Lyon, pour lesquels un arrêt du CE 354078 du 13 février 2013 confirme qu'ils ne pouvaient conclure un contrat prévoyant l'adhésion obligatoire de leurs agents.

¹⁶ Les organisations syndicales s'étaient d'ailleurs inquiétées, lors de la concertation de 2007, du fait que le projet de décret ne prenait pas en compte ces spécificités.

¹⁷ L'article 44 reprend des dispositions statutaires de 1955 (article 71 du décret n°55-883, codifié ensuite à l'article L 862 du code de la santé publique) qui succédaient elles-mêmes, en les uniformisant, à des dispositions diverses prévues par les statuts des personnels de chaque établissement (sous réserve de l'APHP – voir infra).

[43] Les fonctionnaires de la FPH ainsi que les praticiens hospitaliers exerçant à plein temps dans un établissement public de santé¹⁸ bénéficient ainsi d'une prise en charge de leur employeur pour :

- **les frais d'hospitalisation** non remboursés par les organismes de sécurité sociale, pour une durée de six mois, lorsqu'ils sont hospitalisés dans l'établissement dans lequel ils travaillent, ou bien dans un autre établissement, dès lors qu'un médecin désigné par leur employeur en reconnaît la nécessité ou que l'administration de l'établissement où se déroule l'hospitalisation atteste de l'urgence de l'hospitalisation ;
- **les soins médicaux** dispensés dans l'établissement où ils exercent ;
- **les produits pharmaceutiques** délivrés, pour leur usage personnel, par la pharmacie de l'établissement, sur prescription d'un médecin de l'établissement.

[44] A la différence des fonctionnaires de la FPH, la prise en charge des frais d'hospitalisation ne couvre pas le forfait hospitalier pour les praticiens hospitaliers¹⁹.

[45] Le dispositif de soins gratuits est, en théorie, mobilisable pour les agents concernés dans l'ensemble des établissements publics dans lesquels ils exercent, à savoir, non seulement dans les établissements de santé mais aussi dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)²⁰.

[46] Néanmoins, ce dispositif prévu par la loi ne bénéficie qu'à une partie des agents des établissements qui les emploient puisque les agents contractuels et les personnels médicaux ne disposant pas du statut de praticien hospitalier à temps plein ne sont pas visés par ces dispositions législatives (représentant environ 25 % des effectifs physiques). La mise en œuvre d'un tel dispositif, qui nécessite de mettre en place un circuit de gestion spécifique à une partie à des agents, pose donc la question de l'équité des droits entre les différents statuts au sein d'un même établissement.

[47] Par ailleurs, ce dispositif comporte des limites dans son application, qui peuvent conduire les agents concernés à souscrire un contrat d'assurance complémentaire en santé, puisque :

- il ne couvre pas la famille des agents de la FPH ou des praticiens hospitaliers ;
- les besoins en santé des agents sont partiellement couverts et dépendent, en pratique, des spécialités offertes par l'établissement employeur pour les soins médicaux ; en particulier, les agents de la FPH exerçant dans des ESMS, s'ils ont la possibilité en théorie de se faire rembourser leur frais d'hospitalisation dans un établissement de santé, peuvent difficilement bénéficier de soins médicaux gratuits. Certains soins représentant une part importante des dépenses des organismes complémentaires ne sont en règle générale pas offerts dans les établissements de santé comme les soins prothétiques dentaires et l'optique.

[48] Néanmoins, la possibilité de bénéficier de soins gratuits est susceptible de réduire théoriquement le coût d'une assurance santé complémentaire ; en effet, l'article 44 dispose que l'établissement qui assure la gratuité des soins est subrogé dans les droits du bénéficiaire au regard de la sécurité sociale, mais ne prévoit rien pour les couvertures complémentaires, ce qui signifie que le dispositif peut, en théorie, prendre en charge la part des dépenses incombant aux organismes complémentaires.

¹⁸ Article L. 6152-2 du code de la santé publique.

¹⁹ Lors de la discussion du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social, le rapporteur du texte à l'Assemblée nationale et la majorité des députés avaient considéré qu'une prise en charge aurait constitué un avantage catégoriel injustifié (comptes rendu intégral des débats, 2^{ème} séance du 23 mai 1985, p. 1126).

²⁰ Article 2 de la loi n°86-33.

1.2.2 Le versement d'une prestation du CGOS, en cas d'incapacité temporaire entraînant une baisse de la rémunération, diminue le besoin de garanties de prévoyance pour les personnels non médicaux

1.2.2.1 L'Etat encourage la mutualisation de la gestion de l'action sociale des établissements pour laquelle il a agréé deux organismes au plan national

[49] La loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires énonce dans son article 9 le principe du droit à l'action sociale²¹ des fonctionnaires et dispose que « *l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent confier à titre exclusif la gestion de tout ou partie des prestations dont bénéficient les agents à des organismes à but non lucratif ou à des associations nationales ou locales régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association* ».

[50] Pour la fonction publique hospitalière, l'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986 (titre IV du statut général des fonctionnaires)²² étend le bénéfice de l'action sociale aux retraités, et, sous certaines conditions, aux ayants droit. Elle en précise en outre les modalités de mise en œuvre :

- le financement est assuré par une contribution annuelle des établissements dont le taux et l'assiette sont fixés par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales ;
- cette contribution est versée à l'un des organismes chargés de la gestion et de la mutualisation de cette contribution, dont la gestion associe des représentants du personnel et des représentants de l'administration hospitalière, qui doivent être agréés par l'Etat²².

[51] En application de ces dispositions, le ministère chargé de la santé et des affaires sociales a agréé deux organismes au plan national :

- le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS)²³, association régie par la loi de 1901 créée en 1960, administrée paritairement par des représentants de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et des organisations syndicales représentatives de la FPH, par convention du 31 mars 2000²⁴ ;
- Plurélya, association loi 1901 créée en 1966 pour gérer l'action sociale des collectivités territoriales, par convention du 3 mars 2017²⁵.

[52] Par ailleurs, de façon dérogatoire, certains établissements ont créé leur propre comité d'action sociale pour gérer eux-mêmes l'action sociale de leurs agents ou l'ont mutualisée à l'échelle d'un département. C'est notamment le cas dans certaines collectivités d'Outre-Mer²⁶ qui disposent de leur propre comité de gestion des œuvres sociales, sans agrément du ministère.

²¹ « *L'action sociale, collective ou individuelle, vise à améliorer les conditions de vie des agents publics et de leurs familles, notamment dans les domaines de la restauration, du logement, de l'enfance et des loisirs, ainsi qu'à les aider à faire face à des situations difficiles. Sous réserve des dispositions propres à chaque prestation, le bénéfice de l'action sociale implique une participation du bénéficiaire à la dépense engagée. Cette participation tient compte, sauf exception, de son revenu et, le cas échéant, de sa situation familiale.* »

²² Article créé par l'article 59 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle.

²³ En dépit de cette dénomination, le CGOS couvre l'ensemble des catégories d'établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

²⁴ Renouvelée par tacite reconduction tous les cinq ans.

²⁵ En pratique aucun établissement n'a encore adhéré à Plurélya.

²⁶ Guadeloupe (incluant Saint-Barthélemy et Saint-Martin), Martinique, Guyane, La Réunion, Saint-Pierre et Miquelon. Aucun de ces comités n'a été formellement agréé.

[53] C'est aussi le cas des établissements de l'Assistance-Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui a confié la gestion de son action sociale à l'Association de gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes (AGOSPAP) qu'elle a fondée en 1981 avec la Ville de Paris. L'AGOSPAP a été agréée par le ministère de la santé dans le cadre d'une convention notifiée le 9 septembre 2002²⁷ (cf. *infra* 1.2.3.).

[54] Il est à noter que les ministères chargés de la santé et des affaires sociales n'ont pas formalisé de disposition réglementaire pour fixer le taux et l'assiette des contributions des établissements aux organismes agréés et se sont bornés à prendre en compte le taux dans l'allocation de ressources aux établissements²⁸. Or aucune autre instance n'a le pouvoir de fixer ces paramètres, en vertu de l'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986. Formellement, la contribution est donc appliquée par les établissements adhérents sans présenter de caractère opposable²⁹.

1.2.2.2 Réunissant la quasi-totalité des établissements hors AP-HP, le CGOS offre des prestations d'action sociale de différents types

[55] Selon le CGOS, 2 347 établissements étaient adhérents au 1er janvier 2017 représentant 954 000 personnels non médicaux susceptibles de bénéficier de ses prestations (soit environ 80 % des effectifs). Les catégories d'agents concernés sont en effet les fonctionnaires, les stagiaires et les contractuels ayant au moins six mois d'ancienneté (dans un ou plusieurs établissements de la FPH) et employés au moins à mi-temps. Les retraités des établissements adhérents peuvent également bénéficier de certaines prestations, sous certaines conditions, comme le permet l'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986. Les personnels médicaux ne sont en revanche pas bénéficiaires des prestations du CGOS et leur rémunération n'entre pas dans l'assiette de la contribution des établissements.

[56] L'adhésion d'un établissement et le versement de sa contribution ouvrent à ses agents le bénéfice des prestations du CGOS. Mais pour pouvoir effectivement bénéficier des prestations, les agents doivent chaque année constituer un dossier individuel en ligne, puis remplir un formulaire de demande pour chaque prestation individuelle. Le CGOS indique ainsi que, sur les 954 000 agents concernés, 61 % avaient effectivement reçu des prestations en 2017, 14 % avaient ouvert leurs droits sans bénéficier de prestations et 25 % n'avaient pas ouvert leurs droits.

²⁷ Agrément renouvelable par tacite reconduction suivant une formule comparable à celle applicable au CGOS (mais à échéance annuelle et non quinquennale).

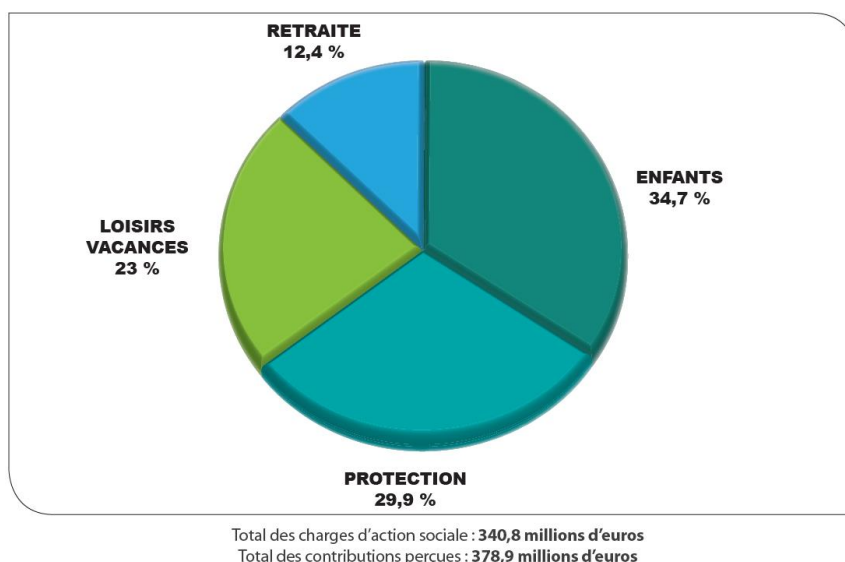
²⁸ S'agissant du CGOS, la dernière disposition date de la campagne budgétaire pour 1999 : une note technique du 27 novembre 1998 mentionne la prise en compte du passage du taux de la contribution de 1,30 à 1,50 % de la masse salariale des agents titulaires stagiaires et contractuels recrutés sur la base du décret du 11 février 1991. La DGOS a précisé à la mission que l'assiette de cotisation est égale à la masse salariale plafonnée à l'indice majoré 489 des personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière. La mission n'a pas connaissance d'un document comparable s'agissant de l'AGOSPAP ou de Plurélya, celle-ci n'appliquant d'ailleurs pas de taux de contribution uniforme, alors que l'article 116-1 ne permet pas expressément de moduler le taux de contribution par organisme.

²⁹ Pour être exact, l'article 116-1 n'exige pas de formalisme particulier et on pourrait admettre que le taux a été valablement fixé par la note technique précitée, dès lors qu'elle était annexée à la Circulaire DSS-1A/DH-AF2 n° 98-700 du 26 novembre 1998 relative à la campagne budgétaire pour 1999 des établissements sanitaires financés par dotation globale (qui est signée par la ministre chargée de la santé et des affaires sociales et a été publiée au Bulletin officiel du ministère en février 1999) ; mais cette circulaire n'a pas été publiée sur le site dédié relevant du Premier ministre (circulaires.legifrance.gouv.fr) et n'est donc plus formellement applicable, en vertu de l'article R. 312-8 du code des relations entre le public et l'administration ; il en est de même pour le texte qui en était le pendant dans le secteur médico-social (circulaire DAS/TS 2/DSS/1 A n° 99-125 du 1er mars 1999 relative à la campagne budgétaire pour 1999 des établissements médico-sociaux) ou pour la dernière circulaire budgétaire mentionnant le taux de 1,5% (circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A no 2009-332).

[57] Le CGOS verse des prestations d'action sociale et des aides remboursables ou non remboursables et finance des activités culturelles, sportives et de loisirs dans différents domaines :

- des prestations pour les familles et en particulier les enfants, avec notamment une participation financière à la scolarité et à la formation qui représente à elle seule 25 % des dépenses du CGOS³⁰, des aides à la naissance ou l'adoption, pour la garde des jeunes enfants et les enfants handicapés ;
- des prestations financières destinées à aider les agents à faire face à des situations difficiles : maladie, décès, congés pour enfant ou proche malade ;
- des aides aux vacances et aux loisirs (chèque culture, billetterie de spectacles) ;
- des prestations pour les retraités avec une allocation de départ en retraite³¹ et une allocation annuelle pour les retraités à faible revenu. Le CGOS est aussi association souscriptrice d'un contrat de groupe d'assurance retraite à adhésion facultative³², la complémentaire retraite des hospitaliers (CRH).

Graphique 1 : Répartition des dépenses du CGOS par thèmes en 2017



Source : CGOS, chiffres clés 2017

1.2.2.3 Parmi celles-ci, le CGOS, a mis en place une « prestation maladie » assurant une couverture partielle du risque de perte de rémunération en cas de maladie

[58] Parmi les prestations destinées à aider les agents à faire face à des situations difficiles, la principale dépense concerne la prestation dite « prestation maladie » couvrant partiellement les pertes de rémunération résultant d'une incapacité temporaire de travail prolongée, dans le cadre des garanties statutaires communes aux agents des trois versants de la fonction publique (cf. encadré 1).

³⁰ Prestation réservée aux parents dont le quotient familial, calculé selon des règles fixées par le CGOS, est inférieur à un plafond.

³¹ 48 € par année de service.

³² A la différence des prestations servies par le CGOS, ce dispositif est financé par les cotisations des agents.

Encadré 1 : Les règles de maintien de la rémunération en cas d'incapacité de travail

Les statuts des trois fonctions publiques prévoient des dispositions particulières d'indemnisation en cas d'incapacité de travail due à une maladie ou à un accident, reposant sur le maintien total ou partiel de la rémunération par l'employeur. La durée de maintien de la rémunération et son niveau dépendent de l'origine de l'incapacité (imputable au service ou non), ainsi que de la nature de la maladie :

▫ dans le **congé de maladie ordinaire (CMO)**, le fonctionnaire bénéficie du maintien de son traitement indiciaire pendant trois mois. Son traitement est ensuite réduit de moitié pendant les neuf mois suivants³³. En cas d'accident ou de maladie imputable au service l'agent a droit au maintien de son plein traitement pendant un an ;

▫ lorsque le fonctionnaire est atteint d'une maladie qui « *rend nécessaires un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée* »³⁴, il peut être placé **en congé de longue maladie (CLM)** pour une durée de 3 ans, avec maintien du traitement pendant un an et réduction de moitié pendant les deux années suivantes. Dans le cas où l'origine de la pathologie est imputable au service, le traitement est maintenu pendant les trois ans ;

▫ lorsque le fonctionnaire est atteint de certaines pathologies³⁵, il peut être placé en **congé de longue durée (CLD)** pendant cinq ans, avec trois ans à plein traitement et deux ans à demi-traitement. Lorsque l'affection est imputable au service, la durée du CLD est portée à huit ans dont cinq à plein traitement et trois à demi-traitement.

Les statuts réglementaires des personnels médicaux hospitaliers font bénéficier ces agents non titulaires de garanties identiques en termes de conditions d'attribution des congés et de maintien de rémunération (les émoluments suivant le sort du traitement indiciaire des fonctionnaires), sauf pour les assistants qui ont des durées de maintien de la rémunération plus courtes en CLM et CLD.

Le sort des primes et indemnités dans ces situations dépend de leur nature : l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont intégralement maintenus pendant toute la durée des congés maladie ; la nouvelle bonification indiciaire (NBI) suit le sort du traitement indiciaire en cas de CMO, mais est suspendue dans le CLD. Pour le CLM, elle suit le sort du traitement indiciaire, sauf si l'agent a été remplacé dans ses fonctions, auquel cas elle est suspendue. Dans la fonction publique hospitalière, l'indemnité de sujétion spéciale est maintenue dans la même proportion que le traitement et la prime de service subit un abattement de 1/140ème par jour d'absence.

Les contractuels de droit public bénéficient de dispositions moins favorables puisque la durée de leurs droits à congés maladie dépend de leur ancienneté dans l'emploi public et que la durée d'indemnisation par l'employeur est moindre³⁶ : ainsi, un agent comptant au moins trois ans de service aura droit en CMO à trois mois à plein traitement et trois mois à demi-traitement, et, en congé de grave maladie (CGV, dont la définition est identique à celle du CLM) à un an à plein traitement et deux ans à demi traitement³⁷.

³³ Le passage à demi- traitement s'effectue dès lors que l'agent a bénéficié, de manière continue ou discontinue, de son plein traitement pendant trois mois de congé maladie sur une période de référence de douze mois à la date de sa demande de congé.

³⁴ Cette formulation est reprise à l'identique dans les lois relatives aux statuts des trois fonctions publiques (cf. 3° de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 pour la FPH). Un arrêté ministériel du 14 mars 1986 fixe la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie. Cette liste n'est pas exhaustive, le congé de longue maladie pouvant être accordé pour une autre pathologie entraînant les mêmes conséquences.

³⁵ Tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis.

³⁶ Cf. article 10 du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³⁷ En revanche, un agent comptant moins de 4 mois de service n'a pas droit au maintien de son salaire.

Ce sont des instances médicales spécifiques à la fonction publique³⁸ qui émettent des avis sur l'ensemble des situations individuelles visées, préalablement à la décision de l'employeur : les comités médicaux se prononcent sur la prolongation des CMO au-delà de 6 mois consécutifs, l'attribution et le renouvellement des CLM et CLD des fonctionnaires et des CGV des contractuels, la réintégration après ces congés, la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement et le reclassement d'un fonctionnaire dans un autre emploi ; les commissions de réforme donnent un avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie et sur l'état de santé, le taux d'invalidité, notamment de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI) ou de la mise à la retraite pour invalidité.

Source : *Mission*

[59] La prestation maladie du CGOS intervient dans les cas d'incapacité temporaire de travail prolongée où l'agent est placé à demi-traitement (cf. encadré), pour apporter un complément de ressources, comme cela est le cas d'un contrat de prévoyance couvrant ce risque. Outre sa nature juridique³⁹, la particularité de la prestation maladie, en comparaison d'un contrat classique de prévoyance, porte sur la durée d'indemnisation, limitée à 150 jours par an : ainsi, un fonctionnaire en CMO percevra son plein traitement pendant 3 mois, un demi-traitement versé par son employeur plus la prestation maladie du CGOS pendant 5 mois, puis le demi-traitement seul s'il est arrêté pendant un an. En CLM ou CLD, il percevra à partir de la 2^{ème} année (CLM) ou 3^{ème} année (CLD) le demi-traitement versé l'employeur plus la prestation maladie du CGOS pendant 5 mois, puis le demi-traitement seul pendant sept mois, puis à nouveau le demi-traitement et le complément pendant les 5 premiers mois de l'année suivante, et le demi traitement seul pendant les sept derniers mois de l'année.

[60] Pour les contractuels, la durée d'indemnisation par le CGOS est plus courte :

- en CMO, elle se cale sur la durée de versement du demi traitement (au maximum de trois mois pour l'agent comptant trois ans d'ancienneté) ;
- en CGV, la prestation est versée pendant les trois premiers mois de chacune des deux années pendant lesquelles l'agent perçoit un demi traitement.

[61] La prestation maladie du CGOS ne couvre pas en revanche la perte de revenu des agents se trouvant toujours en incapacité de travail après épuisement de leurs droits statutaires⁴⁰ ni des agents mis à la retraite pour invalidité.

[62] Le montant de la prestation maladie, qui peut être révisé à tout moment par les instances de direction du CGOS (Assemblée générale et Conseil d'administration⁴¹), est fonction du traitement indiciaire de l'agent :

³⁸ Pour les agents de la FPH, le secrétariat des instances médicales est assuré par les DDCS/DDCSPP, comme pour les agents des services déconcentrés de l'Etat. Certains grands établissements (comme l'AP-HP) disposent toutefois de leurs propres instances

³⁹ Voir point 2.2.2. *infra*.

⁴⁰ Pour rappel, l'agent est déclaré inapte à la reprise de son travail et ne pouvant être reclassé dans un autre poste, peut faire l'objet d'une mise en disponibilité d'office pour raisons de santé, donnant lieu au versement par l'employeur d'indemnités journalières de sécurité sociale (au maximum pendant trois ans dont il faut déduire la période de maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur public) ou, s'il est reconnu atteint d'une invalidité réduisant sa capacité de travail au moins des deux tiers, peut bénéficier d'une allocation d'invalidité temporaire (AIT) puis, en cas d'incapacité définitive, être mis en retraite pour invalidité. Si l'incapacité de travail est d'origine professionnelle, l'agent continuera à percevoir son plein traitement (CMO, CLM) ou demi-traitement (CLD à l'issue des 8 ans) dans l'attente de la décision de son reclassement ou de sa mise en retraite pour invalidité. Par ailleurs, l'agent peut percevoir en cas d'incapacité permanente, une allocation temporaire d'invalidité (ATI) qui, s'il est mis ensuite à la retraite pour invalidité, sera transformée en rente viagère d'invalidité venant s'ajouter à la pension de retraite.

⁴¹ L'article 23 des statuts du CGOS dispose notamment que l'Assemblée générale « vote la création et la suppression des prestations servies par l'Association sur proposition faite par le Conseil d'administration ou par les Organisations

- l'assiette est le traitement indiciaire net, après déduction de la retenue CNRACL, augmenté des primes ayant le caractère de complément de rémunération, notamment la NBI et l'indemnité de sujétion spéciale et des éventuelles primes de technicité liées au grade. En revanche les primes et indemnités directement liées à l'activité (indemnités de nuit, de dimanche et de jours fériés, astreintes, prime de service, etc.) ne sont pas prises en compte ;
- le taux de prise en charge⁴² est fonction de la composition du foyer. Depuis le 1^{er} janvier 2017 (cf. *infra* 2.2.2.), il est de :
 - 45 % pour les agents ayant moins de trois enfants à charge,
 - 31,25 % pour les agents ayant trois enfants et plus à charge⁴³.

[63] Cette distinction du taux selon la composition du foyer est justifiée, selon le CGOS, par le fait que l'établissement serait tenu de maintenir les 2/3 de la rémunération des agents ayant trois enfants et plus à charge. Or, pour les fonctionnaires, cette obligation ne s'applique que dans deux cas :

- lorsque le montant du demi-traitement est inférieur au montant des prestations en espèces de l'assurance maladie, ce qui oblige l'employeur à attribuer à l'agent une indemnité égale à la différence entre ces prestations en espèces et les avantages statutaires⁴⁴ ;
- lorsque les droits au maintien d'une rémunération statutaire sont épuisés, mais que l'agent remplit les conditions fixées avoir droit à des indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS), situation dans laquelle le CGOS ne verse plus la prestation maladie⁴⁵.

[64] Compte tenu du plafonnement des IJSS (45,01 € / jour en 2019 et 60,02 €/jour à partir du 31^{ème} jour pour les personnes ayant trois enfants à charge⁴⁶), le mode de calcul appliqué par le CGOS apparaît justifié pour les agents dont la rémunération est inférieure au plafond salarial pris en compte pour le calcul de ces IJSS (1.8 SMIC soit 2738 €/mois brut en 2019)⁴⁷, ce qui représente la majorité des agents de la FPH, mais pas la totalité.

[65] Par ailleurs le CGOS conditionne le versement de la prestation à la signature d'une convention avec l'établissement employeur, dans laquelle celui-ci s'engage, au cas où la requalification d'un arrêt de travail génère un trop-versé par le CGOS (par exemple si un CMO est requalifié en CLM ou si la cause de l'arrêt de travail est reconnue d'origine professionnelle après le versement de l'indemnisation du CGOS), à rembourser celui-ci, par prélèvement sur les rappels de traitement qu'il serait amené à faire à l'agent.

1.2.3 L'AP-HP présente des particularités au regard de ces deux dispositifs

[66] L'AP-HP bénéficie de dispositions législatives spécifiques en matière de soins gratuits. Ainsi, ce dispositif est particulièrement large par rapport aux dispositions de droit commun. Elle a à cet

représentées au Conseil d'administration ». L'article 12 donne au Conseil d'administration des pouvoirs étendus dans la gestion budgétaire.

⁴² Il s'agit de taux bruts, la prestation étant soumise, comme le traitement, à la CSG et à la CRDS (et, pour les contractuels, aux cotisations de sécurité sociale). Elle est aussi soumise à l'impôt sur le revenu.

⁴³ Source : recueil d'action sociale du CGOS.

⁴⁴ Il de l'article 4 du décret n°60-58 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial. Cette obligation vaut également pour les agents ayant moins de trois enfants mais le taux de calcul des IJSS étant alors le même que celui de la rémunération statutaire, sous réserve du traitement des primes et indemnités, il n'y le plus souvent pas lieu de verser une indemnité différentielle.

⁴⁵ I de l'article 4 du décret n°60-58.

⁴⁶ Le salaire pris en compte est plafonnée à 1,8 fois le SMIC mensuel.

⁴⁷ Plus précisément, les IJ calculées au taux de 2/3 du salaire plafonné s'élèvent au maximum à 1 825 €/mois, montant supérieur au demi traitement pour les agents dont le traitement brut est inférieur à 3 650 € en 2019.

effet conventionné avec deux mutuelles pour la prise en charge des soins de ville, dispositif qui explique sans doute la part résiduelle des « soins gratuits », au sens de ceux dispensés dans l'établissement et remboursés par l'économat de ce dernier. En revanche, l'organisme gérant l'action sociale ne verse pas de prestation en cas de perte de rémunération.

1.2.3.1 Des soins gratuits plus larges et une délégation à deux mutuelles

Une extension continue au cours des décennies

[67] Les « soins gratuits » sont très anciens à l'AP-HP. D'après les informations diffusées par les syndicats et les mutuelles, la gratuité des hospitalisations aux hôpitaux de Paris date de 1887. Après recherches, l'AP-HP a produit à la mission, à titre de texte le plus ancien qu'elle ait pu trouver, un arrêté du 15 janvier 1904, par lequel le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris (faisant référence à des arrêtés de 1837, 1839 et 1842 « *relatifs à l'attribution des soins médicaux et des médicaments gratuits aux agents logés dans les établissements hospitaliers et dans les dispensaires* ») étend la gratuité des soins médicaux et des médicaments aux agents non logés dont le traitement est inférieur à 5.000 francs. Un arrêté du 1^{er} avril 1926 a ensuite étendu cette gratuité à l'ensemble des agents non logés, y compris ceux « *dont le traitement dépasse celui de la dernière classe des sous-chefs de bureau* ».

[68] On peut relever que l'arrêté de 1904, tout en maintenant la gratuité aux agents logés des soins médicaux et médicaments dans l'établissement auquel ils appartiennent institue, « *à titre provisoire et d'expérimentation* », un « *service médical et pharmaceutique en vue d'assurer aux agents de l'Administration la gratuité des soins médicaux et des médicaments... (et) de fournir à l'Administration des moyens de constatation et de contrôle* ». « *Un certain nombre de médecins de l'assistance à domicile sont désignés... L'agent malade est admis à se présenter au cabinet de consultation de celui de ces médecins le plus rapproché de son domicile... (si) impossibilité de se déplacer, l'agent malade est autorisé à faire venir à son domicile ledit médecin* ». L'arrêté prévoit une comptabilité spéciale de la consommation des médicaments délivrés.

[69] La gratuité a été étendue en 1945 aux spécialités pharmaceutiques –dans la mesure alors où « *les pharmacies des hôpitaux ne pourraient leur délivrer des produits de remplacement dont l'effet thérapeutique serait équivalent à celui des spécialités prescrites* »⁴⁸. Les agents devaient donc d'abord présenter leur ordonnance à une pharmacie d'hôpital, et seulement en cas d'absence de cette spécialité ou d'un équivalent étaient autorisés à se procurer eux-mêmes la spécialité dans une pharmacie privée.

[70] La même année, la gratuité a été étendue au « *remboursement des frais d'honoraires médicaux engagés par les agents demeurant dans une localité où le service des soins au personnel ne fonctionne pas* ». Elle a également été étendue aux soins dentaires (« *dans la limite des tarifs de responsabilité* »). Enfin, une autre note prévoit « *l'hospitalisation gratuite des agents de tous grades* ».

⁴⁸ La note du 27 avril 1945 indique : « *Le régime des soins aux agents du personnel de l'Assistance publique ne comporte pas actuellement la délivrance aux agents consultants, des spécialités pharmaceutiques. De ce fait, les agents... sont contraints d'en effectuer l'achat dans une pharmacie privée, ce qui leur occasionne des dépenses parfois importantes... J'ai décidé d'accorder aux agents malades, à l'égard desquels des spécialités pharmaceutiques ont été prescrites, le remboursement par l'Administration... Toutefois ce remboursement ne sera accordé que dans la mesure où les pharmacies des hôpitaux ou des dispensaires ne pourraient leur délivrer des produits de remplacement dont l'effet thérapeutique serait équivalent à celui des spécialités prescrites* ».

[71] Ces dispositions spécifiques à l'AP-HP ont été maintenues par les textes successifs, législatifs, réglementaires ou interprétatifs. En effet, si le statut général de 1955⁴⁹ tendait à uniformiser les règles relatives aux soins gratuits, il renvoyait à un règlement d'administration publique spécifique le statut des personnels de l'Assistance publique de Paris⁵⁰.

[72] Ainsi, une note de service de 1955 relative au « *nouveau régime de Sécurité sociale du personnel titulaire* », indique : « *Les agents affiliés au régime mixte de Sécurité sociale ont droit, en principe, aux prestations en nature prévues pour les risques maladie... par l'ordonnance du 19 octobre 1945... Mais parallèlement, les agents de l'Assistance publique conservent les avantages qu'ils retirent de leur statut particulier en matière de gratuité des soins. Il y a donc coexistence, au profit du personnel titulaire... de deux régimes de soins* ». Une note de service de 1956 organise la coordination du nouveau régime (et du fait que les agents peuvent désormais faire appel au médecin de leur choix) « *avec les droits actuels du personnel... en vue de permettre à l'Administration d'obtenir le remboursement par la Sécurité sociale des prestations légales qu'elle sert directement à son personnel* »⁵¹ et rappelle que « *les agents conservent également les avantages qui leur sont accordés par leur statut en matière de gratuité des soins. En conséquence, une option permanente est donnée aux agents titulaires qui peuvent : -soit s'adresser à un médecin de leur choix et demander à la Sécurité sociale le paiement des prestations légales correspondantes ; -soit faire appel au service des soins au personnel... et bénéficier... de la gratuité des soins médicaux et des produits pharmaceutiques* ».

[73] Les « *avantages accordés en matière de soins à certaines catégories de personnels* » ont été « *maintenus* » par les textes ultérieurs, qu'il s'agisse du décret n°60-729 du 25 juillet 1960 portant règlement d'administration publique relatif au statut des personnels de la ville de Paris et du département de la Seine (art. 99 au sein du chapitre « *activités, congés* »), de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, de la loi n°75-1331 du 31 décembre 1975 portant réforme du régime administratif de la ville de Paris⁵² ou de la loi de 1986. Ainsi, le décret n°77-962 du 11 août 1977 indique (art. 118) que « *sont maintenus les avantages précédemment accordés* », et la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH dispose (art. 105) que : « *Par dérogation à l'article 44, l'article 118 du décret n° 77-962 du 11 août 1977 relatif au statut des personnels de l'administration générale de l'assistance publique à Paris est maintenu en vigueur* ».

Un large périmètre de soins gratuits dont les modalités de mise en œuvre dépendent des choix des agents en matière de couverture complémentaire

[74] Ce régime spécifique a conduit l'AP-HP à prendre en charge la part complémentaire de ses agents sur un périmètre beaucoup plus large que celui défini par l'article 44 de la loi de 1986, puisqu'il recouvre une partie des dépenses de soins de ville. Mais, l'AP-HP applique ce régime de manière différenciée en fonction de la couverture complémentaire souscrite par ses agents :

- pour les agents adhérant à deux mutuelles conventionnées avec l'AP-HP, celle-ci rembourse les deux mutuelles de la part complémentaire afférant aux soins dispensés à ces agents, pour la part des soins qu'elle prend en charge. Cette prise en charge ne donne pas lieu à la constatation d'un avantage en nature ;

⁴⁹ Article 71 du décret n°55-883 déjà cité.

⁵⁰ Article 102 du même décret, devenu l'article L. 863 du code de la santé publique

⁵¹ Ce mécanisme de subrogation, qui est comparable à celui prévu dans le cas général, découle de l'article 2 paragraphe 2 du décret n°51-280 du 2 mars 1951 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel et commercial.

⁵² « *Comme il est dit à l'article 50 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, le statut du personnel de l'administration générale de l'assistance publique, à Paris, demeure fixé par décret en Conseil d'Etat, la présente loi ne pouvant avoir pour effet de modifier en ce qui le concerne les droits acquis et avantages résultant des dispositions qui lui sont actuellement applicables* ».

- les agents adhérant à d'autres organismes complémentaires et les agents sans couverture complémentaire bénéficient, sur demande, de la prise en charge directe par l'AP-HP (soins dispensés dans l'établissement) ou du remboursement de la part non prise en charge par la sécurité sociale (soins dispensés en ville). Pour les seuls agents dépourvus de couverture complémentaire, la prise en charge par l'AP-HP donne en principe lieu à la constatation d'un avantage en nature, cette déclaration n'étant, en pratique, effectuée que pour les soins délivrés dans les établissements de l'institution⁵³.

[75] En ce qui concerne les **dépenses d'hospitalisation**, l'AP-HP applique la gratuité des soins aux personnels non médicaux (mais pas à leurs ayants-droits ni aux retraités). Cette gratuité vaut d'abord pour les soins dispensés dans les établissements du groupe. Elle vaut aussi, en principe, dans les hôpitaux hors AP, sous réserve d'une prise en charge en urgence ou de la proximité du lieu de résidence⁵⁴. Elle pourrait trouver à s'appliquer en particulier pour les agents employés par les établissements hors région parisienne (Hendaye, Berck...) mais l'AP-HP n'a pas été en mesure d'identifier pour la mission les factures payées à d'autres établissements de santé à ce titre.

[76] Dans le cas d'une hospitalisation au sein d'un établissement du groupe, l'AP-HP prend alors en charge le forfait d'hospitalisation (forfait journalier) et le ticket modérateur. S'il y a consultation externe hospitalière, l'AP-HP prend en charge le ticket modérateur.

[77] A l'AP-HP est appliquée une **gratuité étendue à une partie des soins de ville** : consultations médicales, soins dentaires⁵⁵, analyses de laboratoires, médicaments. Sont exclus les actes et prestations paramédicaux, et les frais de prothèses, notamment dentaires⁵⁶, ainsi que les cures thermales⁵⁷.

[78] Lorsque l'agent adhère à l'une des deux mutuelles qui ont conventionné avec l'AP-HP, la gratuité s'applique sous forme d'un remboursement des mutuelles par l'AP-HP des frais de soins non couverts par la sécurité sociale (ticket modérateur) dans la limite du tarif de responsabilité de la sécurité sociale.

[79] Ces conventions ont été signées le 26 juillet 2005 avec deux mutuelles par ailleurs gestionnaires du régime obligatoire, la MNH et la MCV PAP (Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'Assistance publique, des administrations annexes). Ces dernières assurent l'intégralité du traitement des feuilles de soins jusqu'au paiement à l'agent (ou au prestataire de soins en cas de tiers payant), tant de la part obligatoire que de la part complémentaire. Il n'y a plus, depuis 2006, nécessité de déplacement de l'agent à la régie.

[80] Elles ont été dénoncées par l'AP-HP en 2017, au motif que les mutuelles étaient allées au-delà du champ prévu. L'AP-HP a demandé le remboursement des dépenses indues et deux nouvelles

⁵³ Le bénéfice des soins gratuits n'est comptabilisé en avantage en nature que pour les soins délivrés par des établissements de l'AP-HP (il y a alors interface entre le logiciel de paye et celui des recettes). En revanche, pour les soins remboursés par les régies des établissements sur présentation d'un décompte, cette interface n'a pas été mise en place et aucun avantage en nature n'est déclaré.

⁵⁴ Dans ce cas, elle est conditionnée, pour les hospitalisations programmées, par une autorisation préalable du DRH (qui demande une attestation du médecin de l'établissement d'accueil), et pour les hospitalisations en urgence par une attestation du médecin de l'établissement d'accueil.

⁵⁵ Correspondant au périmètre de la convention d'assurance maladie de 1986.

⁵⁶ Cette exclusion des prothèses dentaires est prévue par la note du 7 juillet 1945 qui étend les remboursements aux soins dentaires : « Je précise que seront exclusivement remboursés aux agents... les honoraires versés pour soins ou extractions, à l'exclusion de toute dépense correspondant à une opération de prothèse. Les frais à ce titre devant être remboursés... par ... la Mutuelle de coordination ». La note de 1956 indique de même : « Comme précédemment, les travaux de prothèse dentaire ne donneront lieu de la part de l'Administration à aucun remboursement. Celui-ci devra être demandé exclusivement à la Sécurité sociale ».

⁵⁷ La note de 1956 indiquait déjà : « L'Administration ne donnant sur ce point aucune prestation complémentaire, son intervention en cette matière ne se justifie pas ».

conventions, au champ moins étendu, ont été signées le 21 février 2018 pour une durée d'un an renouvelable une fois.

[81] Le nombre des agents de l'AP-HP adhérents des deux mutuelles était (au 1^{er} septembre 2018) de 44 800 (sur 72 000 agents hors personnel médical et 64 700 agents titulaires et stagiaires soit environ 69 % des effectifs éligibles⁵⁸).

[82] La prise en charge de la part complémentaire par l'employeur n'est pas, dans ce cas, déclarée comme un avantage en nature. On peut s'interroger sur l'exonération de fiscalité de l'aide de l'employeur, alors que, depuis la loi de finances pour 2014, la part patronale du financement de la couverture collective est imposable à l'IR⁵⁹. De surcroît, le financement de l'AP-HP se traduit par une diminution de la cotisation⁶⁰.

[83] Les deux mutuelles disposent de correspondants dans les hôpitaux, qui sont mis à disposition, contre remboursement : 16 agents pour la MNH (708 k€ de remboursements en 2018) et 29 agents, dont une partie à temps partiel, pour la MCV PAP (952 k€ de remboursements en 2018)

Le dispositif des soins gratuits fait l'objet d'une communication limitée

[84] Les « soins gratuits » paraissent peu connus, même s'ils font probablement l'objet d'une information par les syndicats ainsi que par les mutuelles ayant un local au sein de l'AP-HP. Ils ne font ainsi pas l'objet d'une information dans le livret d'accueil. Selon l'AP-HP, une communication aurait cependant été diffusée aux agents par la DRH en 2005, à l'occasion de la modification de la prise en charge des soins de ville.

[85] Plus récemment, après des rumeurs portant sur une remise en cause du dispositif, une note au personnel a été diffusée par le DG le 23 mars 2018.

1.2.3.2 L'organisme gérant l'action sociale ne verse pas de prestation en cas de perte de rémunération

[86] L'AP-HP n'adhère pas au CGOS mais est membre fondateur (comme la ville de Paris) de l'AGOSPAP. Celle-ci est également compétente pour les médecins. L'AGOSPAP reçoit le produit d'une cotisation de 0,5 % de la masse salariale, inférieure donc aux 1,5 % reçus par le CGOS de la part des autres hôpitaux. Dans cette enveloppe, elle n'assure pas de couverture de la perte de rémunération.

⁵⁸ Seuls les agents titulaires et stagiaires bénéficient des conventions, les contractuels et personnels médicaux ne sont pas dans le champ.

⁵⁹ Avis et rapport du HCAAM sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé (juillet 2013) qui a préconisé de revoir les exonérations fiscales en vigueur depuis 1985. Celles-ci, conditionnées au caractère obligatoire du contrat collectif (puis en outre à son caractère « responsable » après la loi de 2004), étaient héritées d'une instruction de 1963 (visant la retraite complémentaire) qui permettait l'exonération des contributions employeur tant que les pensions cumulées n'excèdent pas ce à quoi peut prétendre un agent de l'Etat. Le HCAAM a recommandé de cibler l'exonération fiscale (plafond spécifique santé au sein de la prévoyance) et de revoir celle de la part patronale, afin de financer l'amélioration de la couverture complémentaire des personnes défavorisées.

⁶⁰ L'article 1er des conventions prévoit que les mutuelles informent l'AP-HP des avantages tarifaires qu'elles accordent aux agents concernés. Selon un chiffrage réalisé par l'AP-HP au moment du renouvellement des conventions, les agents de l'AP-HP adhérant à ces deux mutuelles bénéficieraient d'un tarif inférieur d'environ 10 % à celui des autres adhérents.

1.2.4 D'autres facteurs ont pu contribuer à complexifier la définition de modalités de participation des employeurs à la PSC

1.2.4.1 Un premier facteur réside dans la difficulté à bâtir un dispositif commun aux personnels médicaux et aux personnels non médicaux

[87] A l'exception du dispositif de soins gratuits applicable aux praticiens hospitaliers à temps plein et aux agents de la FPH, les personnels médicaux et les personnels non médicaux ne bénéficient pas des mêmes dispositifs, ce qui s'explique par des profils de risque différents :

- en matière de santé, les professionnels de santé recourent souvent à l'automédication ou aux actes gratuits d'un confrère (cf. *infra*). Ainsi, certains organismes complémentaires ont indiqué à la mission que le poste consultations est beaucoup moins important que pour d'autres catégories de la population, alors qu'à l'inverse le poste pharmacie l'est beaucoup plus.
- s'agissant de la prévoyance, la sinistralité observée diffère sensiblement entre professionnels médicaux et professionnels non médicaux (cf. *infra* 2.2.1.1) ce qui, combiné aux écarts de rémunération entre les catégories de personnels, rend peu attractive pour les médecins la mise en place d'une mutualisation des risques entre les différents professionnels (les professionnels non médicaux étant couverts par ailleurs, dans leur grande majorité par la prestation maladie du CGOS). Néanmoins, les interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné que les professionnels médicaux n'avaient généralement pas conscience des risques de non-couverture en cas d'accident.

1.2.4.2 Les contraintes du financement d'une participation des établissements au sein de l'ONDAM constituent un deuxième facteur

[88] Une aide des établissements employeurs serait nécessairement financée en partie par la Sécurité sociale, et plus précisément incluse au sein de l'ONDAM.

[89] L'ONDAM, soit 200,3 Md€ dans la LFSS pour 2019, est découpé en 6 sous-objectifs depuis 2006. Le sous-objectif « Etablissements de santé » (ou ONDAM hospitalier) a été fixé à 82,7 Md€ (soit une hausse de 2,4 % par rapport à une base de 80,7 Md€) et l'ONDAM établissements et services médico-sociaux à 20,7 Md€ (+ 2 % par rapport à 2018)

[90] L'instauration d'une participation des établissements employeurs à la protection complémentaire de leurs agents soulève donc plusieurs types de difficultés :

- la compatibilité de la mesure avec ces objectifs de dépenses, notamment dans l'hypothèse d'une participation obligatoire assortie d'un seuil minimum ;
- les modalités de répartition entre établissements du financement complémentaire qui pourrait être alloué : par exemple, pour les établissements de santé tarifés à l'activité, l'attribution d'un financement supplémentaire éventuel supposerait de faire évoluer à la fois les tarifs d'hospitalisation et les enveloppes des missions d'intérêt général ;
- pour les établissements médico-sociaux pour lesquels l'assurance maladie ne finance qu'une partie des dépenses, la nécessité de trouver des ressources complémentaires (par exemple sur les tarifs d'hébergement payés par les résidents dans les EHPAD).

[91] La mission a tenté d'évaluer (cf. *infra*, parties 2 et 3) les financements consacrés aujourd'hui par les seuls établissements de santé aux dispositifs spécifiques (soins gratuits et prestation maladie du CGOS) pour évaluer les possibilités de redéploiement vers le soutien à la PSC des agents.

2 LA REALITE DU FONCTIONNEMENT DE CES DISPOSITIFS SPECIFIQUES EST CEPENDANT LOIN DE REpondre A L'ENSEMBLE DES BESOINS DES AGENTS QUI REcourent LARGEMENT A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

2.1. Le dispositif de soins gratuits est de moins en moins et très inégalement appliqué

2.1.1 La décroissance du nombre de bénéficiaires des soins gratuits observée en 2009 se poursuit

[92] Afin de mesurer l'effectivité du dispositif de soins gratuits, la mission a lancé une enquête auprès d'un échantillon d'établissements de santé, dont l'analyse est réalisée en annexe 1. Ainsi, sur 83 établissements de santé interrogés, la mission a recueilli 50 réponses, soit un taux de retour au questionnaire de 60 % (parmi lesquels 18 CHU/CHR, 24 CH et 8 CHS). Ces établissements représentent 297 842 agents en 2017⁶¹ (soit près d'un tiers du nombre total d'agents).

[93] Alors qu'en 2009, le rapport IGAS mettait en évidence que le dispositif de soins gratuits était appliqué dans une majorité de CHU, de CH et de CHS (mais déjà plus appliqué dans les hôpitaux locaux et les établissements publics médico-sociaux) - au moins pour certaines composantes (frais d'hospitalisation et de consultations médicales) - il ressort de l'enquête menée par la mission que cette pratique est devenue très minoritaire :

- en matière de frais de consultations médicales - qui constitue la composante de frais la plus prise en charge au titre des soins gratuits - 39 % des CHU/CHR (resp. 33 % pour les CH et 25 % pour les CHS) déclarent appliquer ce dispositif mais seulement 28 % (resp. 21 % pour les CH et 13 % pour les CHS) précisent des montants de dépenses afférentes. A titre de comparaison, les CHU/CHR étaient 75 % à déclarer prendre en charge gratuitement ce type de soins en 2009 (resp. 53 % pour les CH et 59 % pour les CHS) ;
- s'agissant des frais d'hospitalisation, 33 % des CHU/CHR (resp. 25 % des CH et 13 % des CHS) déclarent appliquer le dispositif des soins gratuits mais seulement 17 % des CHU/CHR (resp. 13 % pour les CH et les CHS) précisent des montants de dépenses afférentes. De même que pour les frais de consultations médicales, la part des établissements déclarant prendre en charge gratuitement les frais d'hospitalisation a nettement diminué par rapport à 2009, puisqu'elle s'établissait alors à 75 % pour les CHU/CHR, à 51 % pour les CH et 68 % pour les CHS ;
- quant aux frais concernant les produits pharmaceutiques, le dispositif de soins gratuits est très peu appliqué : seuls 22 % des CHU/CHR (resp. 13 % pour les CH et CHS) déclarent prendre en charge ces frais gratuitement, et 11 % des CHU/CHR (resp. 4 % pour les CH et 13 % pour les CHS) précisent un montant de dépenses.

⁶¹ D'après les données extraites de DIAMANT (DADS 2017).

[94] En outre, parmi les établissements de santé appliquant le dispositif, peu d'agents y ont recours :

- en matière de frais d'hospitalisation, au maximum 3 % des agents éligibles ont recours au dispositif, étant entendu que des disparités importantes existent entre établissements : par exemple, au sein des Hospices Civils de Lyon, l'établissement a traité 791 dossiers en 2017 (représentant au maximum 5 % d'agents éligibles au dispositif) alors que dans d'autres établissements, le nombre de dossiers traités par an est inférieur à 5, représentant une part quasi-nulle d'agents éligibles au dispositif ;
- s'agissant des consultations médicales et des consultations externes, au maximum un quart des agents éligibles demandent à leur employeur de bénéficier de consultations médicales ou d'actes externes gratuitement, avec de fortes disparités entre établissements ;
- concernant les frais liés aux produits pharmaceutiques, l'application du dispositif est quasi-inexistante, les dossiers comptabilisés étant d'un ou deux par an dans les quelques établissements concernés, sauf exception.

[95] Enfin, les dépenses engagées au titre du dispositif de soins gratuits, variables d'un établissement à l'autre, permettent difficilement d'envisager un redéploiement sur le financement d'une couverture complémentaire santé. Ainsi, les établissements engagent, pour une année donnée, des dépenses de l'ordre de 15 € en moyenne par agent éligible au dispositif de soins gratuits (i.e. agents de la FPH et praticiens hospitaliers à temps plein), et de manière théorique, de l'ordre de 10 € en moyenne par agent rémunéré. Néanmoins, ces chiffres cachent des disparités importantes entre établissements puisque ces dépenses varient, dans l'échantillon étudié, de 25 € environ par agent en 2018 à un montant quasi-nul.

[96] Au total, en extrapolant les résultats de l'enquête au plan national, la mission estime à 2,5 M€ le coût annuel des soins gratuits (hors AP-HP).

[97] Pour l'AP-HP, le coût demeure beaucoup plus significatif (6,2 M€), même si les remboursements aux deux mutuelles conventionnées ont connu une évolution à la baisse, en conséquence du resserrement du champ couvert dans le cadre des nouvelles conventions signées en 2018 :

Tableau 2 : Remboursements versés par l'AP-HP aux deux mutuelles conventionnées (en milliers d'euros)

	2016	2017	2018
MCVPAP	3 397,6	3 078,6	2 333,6
MNH	4 416,1	4 227,6	3 614,9
Total	7 813,7	7 306,2	5 948,5

Source : AP-HP

[98] En moyenne, le coût atteignait en 2018 132,8 € par agent adhérent à ces mutuelles. Ce montant est près de neuf fois supérieur au montant moyen des dépenses prises en charge dans les autres établissements au titre des soins gratuits sans pour autant atteindre les niveaux constatés dans le secteur privé (voir encadré sur la FEHAP en partie 3). L'importance de l'écart, qui résulte à la fois des dispositions normatives et des pratiques, incite à rechercher une harmonisation mais la rend particulièrement délicate.

[99] Il faut y ajouter les soins délivrés directement aux agents dans les établissements de l'AP-HP ou remboursés (soins effectués en ville) par les régies des établissements. La dépense correspondante n'est connue qu'en partie par les avantages en nature déclarés qui ne concernent en pratique que les agents n'ayant pas de couverture complémentaire, pour les seuls soins dispensés dans les établissements de l'AP-HP, puisque les remboursements effectués par les régies ne donnent pas lieu à déclaration d'avantages en nature.

Tableau 3 : Montant des soins gratuits donnant lieu à déclaration d'avantages en nature à l'AP-HP (en €)

Libellé élément de rémunération	2017	2018
Avant. Nat. Soins	2 005	511
Avant. Nat. hospit.	93 267	93 344
Avant. Nat. Consultation	176 407	175 077
TOTAL	271 679	268 931

Source : AP-HP

2.1.2 L'assujettissement des prestations au régime social et fiscal des avantages en nature, ainsi que la réticence des établissements à mettre en œuvre ce dispositif constituent les principales explications de ce constat

2.1.2.1 La clarification concernant l'assujettissement des frais liés aux soins gratuits au régime social et fiscal des avantages en nature a contribué à détourner les agents de ce dispositif

[100] A la suite d'un arrêt rendu le 13 décembre 2001⁶² par la Cour de Cassation et confirmés par un arrêt du 17 juin 2003⁶³, les frais liés aux prestations dont bénéficient les agents dans le cadre du dispositif de soins gratuits sont considérés comme des avantages en nature. La Cour de Cassation a ainsi rejeté les arguments avancés par les établissements concernés, selon lesquels les frais liés aux soins des agents devaient être pris en compte comme des frais professionnels correspondant aux sujétions particulières qui sont imposées aux agents dans le cadre d'exercice de leurs fonctions. En effet, il convient de rappeler que le dispositif de soins gratuits visait originellement à lutter contre l'absentéisme des personnels travaillant au sein des établissements de santé, lié à la fois à l'exposition à des risques professionnels spécifiques inhérents au lieu d'exercice (risque infectieux) et aux contraintes d'organisation de la durée de travail dans les hôpitaux.

[101] Ainsi, la gratuité des soins offerte aux personnels hospitaliers entre dans l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), venant ainsi minorer l'avantage procuré par ce dispositif. Une lettre du 26 janvier 2004 du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées d'une part et du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité d'autre part, vient en préciser à l'ACOSS les modalités d'application, en posant le principe que « *la réalité de cet avantage en nature suppose que soit toutefois prise en compte l'économie de frais effective que représente pour les salariés concernés le bénéfice de soins gratuits* ». Aux termes de cette lettre, seule la part des frais de soins qui n'est prise

⁶² Chambre sociale, 13 décembre 2001, n°00-13509 et 00-13673, publié au bulletin.

⁶³ Chambre civile 2, 17 juin 2003, n°01-20777, inédit.

en charge ni par la sécurité sociale, ni par des organismes d'assurance maladie complémentaire, et restant à la charge de l'agent doit être assujettie au régime des avantages en nature, et ce dès lors qu'elle excède 30 % de la valeur de la prestation, conformément à la circulaire DSS/SDFSS n°2003 du 7 janvier 2003.

[102] La lettre des ministres en conclut qu'il « *convient de considérer que les agents qui ont déjà souscrit à un contrat d'assurance maladie complémentaire, qui auraient été en tout état de cause remboursés ou auraient bénéficié d'une économie de frais extrêmement réduite, ne doivent pas être considérés comme bénéficiaires d'un avantage en nature à ce titre* » et limite de ce fait l'application de l'avantage en nature aux seuls agents n'adhérant pas à un organisme complémentaire.

[103] L'interprétation faite par les ministères conduit donc à inverser l'ordre de priorité dans l'intervention des « payeurs » puisque la prise en charge des frais liés aux soins par l'employeur, intervient de manière subsidiaire par rapport à la prise en charge par un organisme complémentaire d'assurance et crée une incitation des agents à souscrire un contrat d'assurance santé afin de limiter le montant des avantages en nature⁶⁴. Cette interprétation des textes ne justifie néanmoins pas qu'un rabais de cotisations soit appliqué par les organismes d'assurance aux contrats santé des agents concernés (pourtant mis en avant par certains organismes rencontrés sans toutefois le démontrer) puisque le recours au dispositif de soins gratuits ne vient pas diminuer le montant que ces organismes seront amenés à rembourser mais réduit uniquement le reste à charge pour les agents.

[104] En pratique, la mission a pu constater, au travers des entretiens qu'elle a menés, que les établissements incitent leurs agents à recourir à une complémentaire santé, davantage qu'au système de soins gratuits, et ce d'autant que la souscription d'un contrat d'assurance permet de couvrir les agents pour les soins auxquels ils ne peuvent pas avoir accès au sein de leur établissement (professionnels libéraux, soins dentaires, optique, etc.).

[105] A titre d'exemple, la note de service des Hospices Civils de Lyon⁶⁵, mentionnant les consignes ministérielles adressées à l'URSSAF, demande aux agents de présenter leur attestation de mutuelle au moment de la réalisation du dossier administratif d'admission, conduisant ainsi l'établissement à ne pas comptabiliser les soins gratuits en avantages en nature, conformément à la lettre des ministres de 2004. En revanche, lorsque l'agent ne dispose pas de mutuelle, les frais de soins remboursés par l'établissement sont assujettis au régime social des avantages en nature. Il convient néanmoins de souligner que cette pratique ne semble toutefois pas uniforme : par exemple, la note de service du Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard ne mentionne aucunement la prise en charge des frais par une mutuelle et se borne à préciser l'assujettissement à la CSG et à la CRDS, ainsi qu'à l'impôt sur le revenu du montant des frais pris en charge par l'établissement au titre du dispositif de soins gratuits.

[106] Le tableau 4 présente les résultats obtenus, de manière théorique, en matière d'assujettissement au régime social des avantages en nature des soins gratuits, à partir d'une consommation moyenne de soins communiquée par la DREES. Ainsi, sur une dépense moyenne annuelle de 1 952€ pour un assuré, dont 1 502 € sont pris en charge par la sécurité sociale, le reste à charge pour l'établissement s'élèverait à 450 € et le salarié verrait son salaire prélevé de 43 € au maximum⁶⁶ au titre de la CSG et CRDS. Néanmoins, en faisant l'hypothèse que les agents ne peuvent

⁶⁴ La Cour de cassation a d'ailleurs jugé qu'une URSSAF était fondée à réintégrer dans l'assiette de la CSG et de la CRDS la part des soins gratuits susceptible d'être prise en charge par un organisme complémentaire (08-13892).

⁶⁵ Note de service relative à la prise en charge des soins gratuits dus aux agents des Hospices Civils de Lyon – modifications apportées au dispositif à compter du 1^{er} janvier 2013.

⁶⁶ En effet, seule la part des frais de soins qui n'est prise en charge ni par la sécurité sociale, ni par des organismes d'assurance maladie complémentaire, et restant à la charge de l'agent doit être assujettie au régime des avantages en nature,

pas, dans leur très grande majorité, bénéficiaire du dispositif de soins gratuits en matière d'optique et de dentaire, ce dernier montant s'élèverait seulement à 28 € en théorie (sachant que les montants de dépenses pris en charge par l'employeur n'excèdent pas, en excluant l'optique et le dentaire, 30 % du montant de la prestation, autorisant les établissements à ne pas déclarer d'avantages en nature conformément à la circulaire précitée). Ces éléments amènent donc à nuancer l'effet désincitatif pour les agents de l'assujettissement des soins gratuits au régime social et fiscal des avantages en nature, au regard de la prime que les agents devraient payer pour souscrire un contrat d'assurance santé pour bénéficier du remboursement de leurs soins ; en effet, celui-ci peut être estimé proche de 450€⁶⁷, auquel il faudrait ajouter les prélèvements d'acquisition et de gestion.

Tableau 4 : Calcul du montant de CSG et de CRDS prélevé pour un assuré moyen

Poste de soins	Dépenses moyennes (en euros)	Restes-à-charge AMO moyens (en euros)	Remboursements AMO moyens (en euros)	Assiette de calcul	CSG + CRDS
Médecine générale	108	30	78	30	3
Médecine spécialisée	136	47	89	46	4
Optique LPP	80	77	3	76	7
Autres LPP	107	28	79	28	3
Dentaire	133	85	47	84	8
Pharmacie	364	81	283	80	8
Laboratoire (prélèvements et biologie)	58	18	41	17	2
Sages-femmes	4	0	4	0	0
Infirmiers	95	7	89	6	1
Kinésithérapeutes	61	14	47	13	1
Autres auxiliaires	15	5	11	4	0
Transports	58	3	55	3	0
Autres postes SDV	13	0	12	0	0
Sous-total SDV	1 230	394	836	387	38
Actes et consultations externes	36	4	32	4	0
Hôpital	686	52	634	51	5
Total	1 952	450	1 502	442	43

Source : Mission d'après les dépenses présentées au remboursement CNAMTS-ATIH, EGB apparié avec les données de l'ATIH sur l'hôpital MCO/PSY/SSR pour le secteur privé et MCO pour le secteur public, 2014 (calculs Drees)

et ce dès lors qu'elle excède 30% de la valeur de la prestation, conformément à la circulaire DSS/SDFSS n°2003 du 7 janvier 2003.

⁶⁷ Le montant de 450€ correspond à la dépense moyenne qui serait remboursée chaque année à l'assuré moyen, ce montant étant bien entendu modulé selon les critères de tarification définis par l'assureur afin de mutualiser les risques.

2.1.2.2 Jugeant ce dispositif complexe et peu adapté aux besoins des agents concernés mais également comme un manque à gagner dans un contexte budgétaire contraint, les directions le promeuvent peu, voire ne le mettent pas en œuvre

[107] Dans le cadre des différents entretiens menés par la mission et des réponses apportées au questionnaire, les directions des établissements soulignent la complexité de gestion du dispositif de soins gratuits (du fait du mécanisme de subrogation auprès de la sécurité sociale et de l'assujettissement des soins gratuits au régime social des avantages en nature notamment) et justifient ainsi le non-recours à ce dispositif par les agents, voire l'absence de sa mise en œuvre au sein de l'établissement. Néanmoins, les établissements mettant en œuvre ce dispositif ne partagent pas ce point de vue et indiquent que les contraintes de gestion sont comparables à celles d'un autre patient venant se faire soigner à l'hôpital.

[108] D'après l'enquête réalisée par la mission, seulement 4 CHU/CHR sur 18 répondants (soit 22 %), 3 CH sur 24 répondants (soit 13 %) et aucun CHS sur 8 répondants ont indiqué avoir rédigé une note de service ou d'information à destination des agents sur la mise en œuvre des soins gratuits. Les notes de procédures obtenues par la mission précisent notamment les points suivants :

- les règles concernant les frais d'hospitalisation et de consultation :
 - un dossier d'admission spécifique est constitué comprenant par exemple, les justificatifs attestant du statut de l'agent (fonctionnaire FPH ou praticien hospitalier à temps plein), la carte Vitale, l'attestation de mutuelle le cas échéant ;
 - le dossier est ensuite traité par les services administratifs de l'hôpital (direction des ressources humaines notamment) pour ce qui est de l'assujettissement au régime des avantages en nature et de la subrogation auprès de la sécurité sociale ;
- les règles de délivrance des médicaments : à titre d'exemple, la note de service des Hospices Civils de Lyon prévoit que l'agent obtient une attestation au bureau du personnel et précise également les plages horaires durant lesquelles l'agent peut obtenir ses médicaments.

[109] Par ailleurs, l'ensemble des responsables d'établissements soulignent le caractère peu adapté du dispositif de soins gratuits aux besoins des agents puisqu'il ne permet pas de couvrir leur famille ni l'ensemble de leurs besoins de santé (prothèses dentaires et optique notamment) : du reste, les notes de service obtenues par la mission sur ce dispositif précisent que les prestations éligibles ne comportent pas celles qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie, ni les dépassements autorisés sur les actes de soins externes en cas de non-respect du parcours de soins, ni les exigences particulières du patient.

[110] En outre, comme mentionné *supra*, ce dispositif ne concerne qu'une partie des agents (fonctionnaires et praticiens hospitaliers à temps plein).

[111] Plusieurs établissements indiquent également, dans le cadre de l'enquête, que ce système de soins gratuits ne permet pas aux patients d'avoir le libre choix de leur praticien.

[112] Quelques responsables d'établissements ont mentionné aussi le manque à gagner pour l'établissement, les incitant peu à communiquer sur ce dispositif dans un contexte budgétaire contraint. De ce point de vue, la réforme de la tarification à l'activité les a conduits à décourager cette pratique :

- dans le système de la dotation globale de financement, le montant de la dotation globale versée par l'assurance maladie venait compenser les fluctuations de recettes de ticket modérateur et de forfait journalier, dans la limite des dépenses autorisées (dépenses encadrées) : l'absence de facturation de la participation de l'utilisateur aux agents de l'établissement dans le cadre du dispositif de soins gratuits n'avait donc généralement pas de conséquences sur les ressources globales de l'établissement ;
- ce mécanisme de compensation a été supprimé dans le cadre de la tarification à l'activité : si l'application du dispositif de soins gratuits n'a pas d'impact sur les ressources versées par l'assurance maladie dans la mesure où l'établissement fait jouer la subrogation, l'absence de facturation de la participation de l'utilisateur aux agents qui en bénéficient constitue une perte de recettes.

[113] In fine, les établissements encouragent peu la pratique des soins gratuits (voire ne mettent pas en place ce dispositif) et incitent leurs agents à souscrire un contrat d'assurance santé (cf. *infra*), y compris dans les notes de services.

2.1.2.3 Si le dispositif de soins gratuits est peu appliqué tel qu'il est défini dans la loi, il semble que les agents peuvent bénéficier de soins dans un cadre plus informel

[114] L'ensemble des personnes rencontrées par la mission ont mentionné la pratique - sans que la mission ait pu en vérifier ni la réalité, ni l'étendue - de consultations informelles entre les agents exerçant au sein d'un établissement de santé (notamment pour le renouvellement d'ordonnances, pour des petites consultations parfois « entre deux portes »), ce qui explique également que les agents n'aient pas recours au système de soins gratuits tel qu'il est prévu dans la loi mais profitent davantage de la proximité qu'ils ont avec le personnel médical pour bénéficier de certains soins sans que cela soit tracé par l'établissement.

[115] S'agissant des professionnels médicaux, plusieurs personnes rencontrées justifient l'absence de facturation d'honoraires entre collègues médecins, en s'appuyant sur le principe de confraternité⁶⁸. A cet égard, l'Ordre des médecins⁶⁹ s'est prononcé en faveur d'honoraires déterminés « avec tact et mesure [...] à l'exception peut-être de la première prise de contact » tout en précisant en conclusion que « demander des honoraires à un médecin malade consultant n'est pas contraire aux principes hippocratiques ; il va sans dire que ce ne doit pas être une règle et que bien d'autres facteurs, affectifs et personnels, entrent en ligne de compte... ».

[116] Par ailleurs, « l'évaporation » de certains médicaments est également citée comme élément d'explication du non recours au système de soins gratuits tel que prévu par la loi. En effet, le système de dispensation individuelle et nominative du médicament n'étant pas systématiquement appliqué dans l'ensemble des unités des établissements de santé, l'utilisation de produits pharmaceutiques d'usage courant par les personnels, pour leurs propres besoins, reste possible.

⁶⁸ Article R. 4127-56 du code de la santé publique, art. 56 du code de déontologie médicale.

⁶⁹ « Le médecin malade », rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008.

2.2 En croissance rapide, la prestation « maladie » du CGOS est remise en cause

2.2.1 L'augmentation des dépenses de prestation maladie du CGOS fait écho à celle de l'absentéisme pour raison de santé

2.2.1.1 Les données disponibles montrent une progression lente mais continue de l'absentéisme dans les établissements de santé

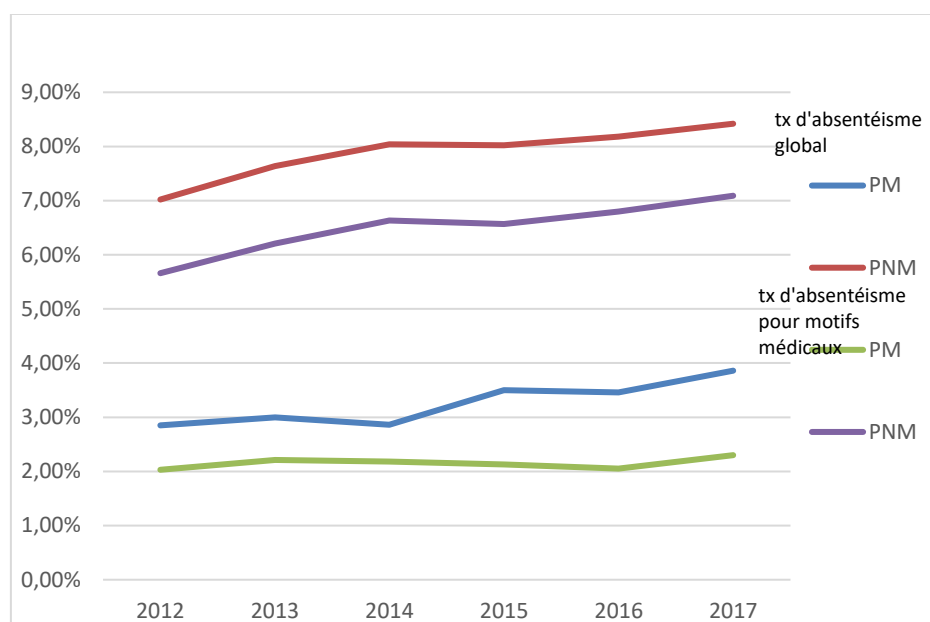
[117] Le ministère chargé de la santé ne dispose pas de données sur les personnels des établissements employant des agents de la fonction publique hospitalière se trouvant en incapacité temporaire de longue durée ou en invalidité. L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) recueille toutefois chaque année depuis 2012 les données des bilans sociaux des établissements publics de santé⁷⁰ qui contiennent des indicateurs relatifs à l'absentéisme, dont l'absentéisme pour raisons médicales. Ces indicateurs visent un périmètre plus large que celui des agents se trouvant en situation de demi-traitement mais les tendances observées sur ce champ large constituent une indication de celles relatives à la population concernée par l'application des garanties statutaires. Ces données mettent en évidence une progression lente mais continue de l'absentéisme, notamment pour le personnel non médical dont le taux d'absentéisme pour motifs médicaux, calculé comme le nombre moyen par agent de jours d'absence dans l'année ramené à 365 jours⁷¹, est passé de 5,66 % en 2012 à 7,09 % en 2017. Ce taux apparaît plus élevé que celui estimé par une enquête réalisée auprès d'un échantillon de DRH d'entreprises par un cabinet de consultant qui évalue à 4,72 % le taux d'absentéisme global moyen en 2017, ce taux atteignant 5,31 % dans le secteur de la santé (contre 5,04 % en 2016)⁷².

⁷⁰ Ces données concernent l'ensemble des personnels employés par les établissements publics de santé de plus de 300 salariés, qu'ils exercent dans l'établissement de santé ou dans les établissements médico-sociaux qui lui sont rattachés. Quelques Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et autres établissements privés à but non lucratif fournissent en outre leurs données. En revanche, l'ATIH ne recueille pas les bilans sociaux des établissements publics sociaux et médico-sociaux autonomes.

⁷¹ Les absences pour motifs médicaux regroupent les CMO, CLM, CLD, congés pour accidents du travail et de trajet, maladie professionnelle ou contractée dans l'exercice des fonctions. Le taux est calculé en rapportant le nombre de jours d'absence dans l'année à l'ETP moyen sur l'année x 365 jours : $tx = \text{nb total jours d'absence constatés} / (\text{nb ETP moyen annuel} \times 365)$.

⁷² 10^{ème} Baromètre de l'absentéisme et de l'engagement, Cabinet Ayming, 2018.

Graphique 2 : Evolution de l'absentéisme depuis 2012 dans les établissements fournissant leurs bilans sociaux à l'ATIH



Source : Données ATIH extraites de Scan santé et traitées par la mission. Avertissement : la liste des établissements fournissant leurs données n'est pas la même chaque année et des effets de champ affectent donc la pertinence des évolutions relevées. Par ailleurs, les données peuvent être actualisées ou complétées par les établissements et différer en conséquence selon la date de l'extraction. Enfin, l'échantillon intègre des établissements hors du champ de la FPH : sur un total de 457 établissements en 2017, on compte 1 CLCC et 13 établissements privés à but non lucratifs.

[118] Les données collectées par l'ATIH montrent aussi que l'augmentation du taux d'absentéisme pour motifs médicaux du personnel non médical, s'explique largement par celle des absences de plus de 6 jours, le taux d'absentéisme correspondant passant de 5,86 % en 2013 à 6,63 % en 2017, alors que le taux d'absentéisme pour motifs médicaux inférieur à 6 jours a progressé de 0,35 % à 0,45 % pendant la même période. Ces évolutions affectent toutes les catégories d'établissements mais particulièrement les petits établissements.

Tableau 5 : Evolution du taux d'absentéisme pour motifs médicaux du personnel non médical entre 2013 et 2017 par catégorie d'établissements

Catégorie	Taux d'absentéisme pour motifs médicaux		Taux d'absentéisme pour motifs médicaux supérieur à 6 jours	
	2013	2017	2013	2017
CHU	6,19 % (23)	6,88 % (28)	5,84 % (23)	6,35 % (28)
CH>70 M€	6,26 % (89)	7,13 % (123)	5,93 % (89)	6,72 % (123)
20 M€<CH<70 M€	5,89 % (113)	7,17 % (193)	5,62 % (113)	6,76 % (193)
CH<20 M€	6,04 % (69)	7,68 % (71)	5,70 % (69)	7,29 % (71)
CH ex-HL	6,53 % (27)	7,80 % (26)	6,21 % (27)	7,40 % (26)

Source : Données ATIH extraites de Scan santé et traitées par la mission. Le nombre d'établissements répondant figure entre parenthèses. Les trois catégories de CH sont déterminées en fonction du budget de l'établissement, tous budgets confondus : le chiffre pris en compte est la somme des produits de l'année.

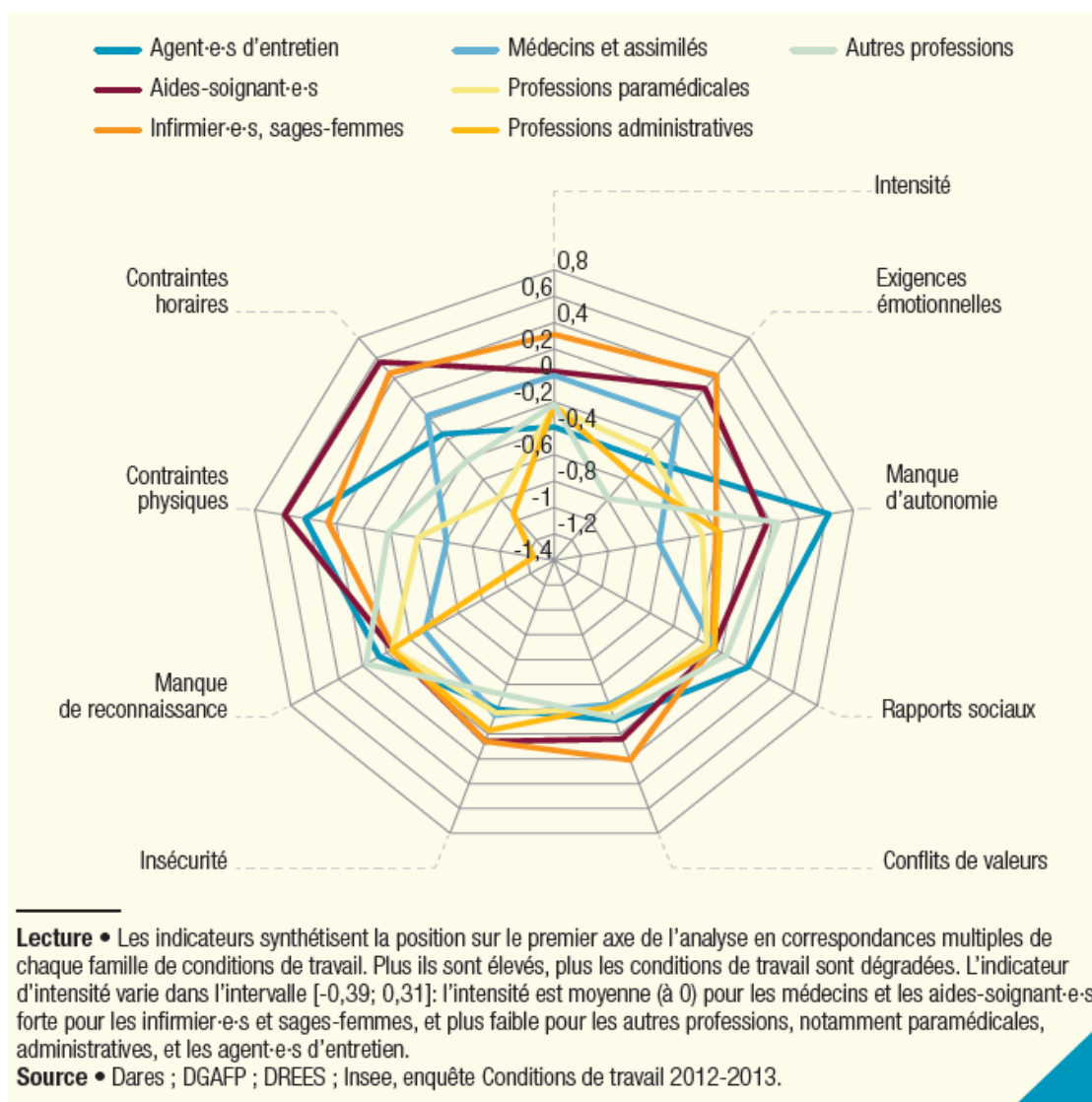
[119] Les données collectées identifient en outre chaque année les métiers les plus sensibles à l'absentéisme qui sont régulièrement, pour les personnels médicaux, les anesthésistes-réanimateurs, et pour les personnels non médicaux, respectivement les masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et aides-soignants (tous motifs d'absence confondus). La distinction de la situation des personnels des services de soins, effectuée certaines années et sur un échantillon d'établissements plus faible, fait apparaître un taux d'absentéisme global plus élevé, de 0,5 à 1 point selon les catégories d'établissements.

[120] Exploitant les données recueillies par la DARES dans l'enquête « Conditions de travail 2012-2013 »⁷³, la DREES a récemment fourni une analyse des déterminants des arrêts maladie dans le secteur hospitalier⁷⁴. Cette étude explique les écarts de nombres de jours moyens d'arrêt constatés entre professions principalement par les différences de conditions de travail et notamment d'exposition aux contraintes physiques. Elle identifie également les contraintes psycho-sociales et les exigences émotionnelles du métier comme des déterminants importants. Elle ne relève pas de différence à ces égards entre le secteur public et le secteur privé. Le graphique ci-dessous synthétise les différences de conditions de travail entre professions à l'hôpital.

⁷³ L'enquête Conditions de travail est réalisée tous les 7 ans depuis 1978 par la DARES, et tous les 3 ans depuis 2013, Menée auprès de l'ensemble des actifs occupés, elle vise à obtenir une description concrète du travail, de son organisation et de ses conditions selon divers angles : horaires, rythmes de travail, efforts physiques ou risques encourus, pénibilité, organisation du travail, sécurité, coopération, conflits. L'édition 2013 comporte un sur-échantillonnage des salariés exerçant dans les établissements de santé publics et privés (4 189 salariés interrogés dont 2 779 dans les EPS et 1 410 dans les établissements privés. Elle a été reconduite en 2016 et l'édition 2019 est en cours de réalisation.

⁷⁴ « Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions », Etudes et résultats n°1038, Catherine Pollak et Layla Ricroch, DREES, novembre 2017.

Graphique 3 : Conditions de travail par profession dans le secteur hospitalier



2.2.1.2 Les mises à la retraite pour invalidité dans la FPH se situent à un niveau relativement élevé

[121] L'évolution de la population des agents hospitaliers mis à la retraite pour invalidité donne une autre indication de l'évolution des risques, puisque la mise à la retraite pour invalidité concerne les agents ayant épuisé leurs droits à congé maladie, qui n'ont pu être reclassés dans un autre poste et ont été reconnus définitivement inaptes au travail. Les données de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) identifient les attributions annuelles de pension, pour retraite et pour invalidité pour les fonctionnaires hospitaliers⁷⁵ et fournissent une indication sur le niveau et la tendance du risque invalidité.

[122] Elles font apparaître une augmentation du nombre de pensions de retraite pour invalidité de 27 % entre 2012 et 2018, plus faible que celle du nombre de pensions de retraite ordinaires (+40 %), la part des attributions de pensions pour invalidité se situant en 2018 à 8,1 %, nettement inférieure à celle constatée dans la FPT (12,1 %) mais supérieure à celle constatée pour les

⁷⁵ Pour les contractuels, les attributions de pensions d'invalidité relèvent du régime général.

fonctionnaires de l'Etat en 2017 (5,7 %). L'écart d'âge à la liquidation s'est toutefois accru, passant de 4,5 ans de 2012 à 2014 à plus de 5 ans à partir de 2015 (5,3 ans en 2018), se traduisant par une augmentation de l'écart entre la pension moyenne mensuelle de retraite et la pension moyenne mensuelle d'invalidité, passé de 320 € environ de 2012 à 2014 à près de 400 € depuis 2016.

Tableau 6 : Evolution des nombre d'attributions de pension de retraite et d'invalidité dans la FPH entre 2012 et 2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Retraite	17 073	19 976	19 937	19 181	20 939	23 652	23 961
Invalidité	1 646	1 720	1 810	1 845	1 909	1 818	2 098
Total	18 719	21 696	21 747	21 026	22 848	25 470	26 059
Part invalidité	8,8 %	7,9 %	8,3 %	8,8 %	8,4 %	7,1 %	8,1 %

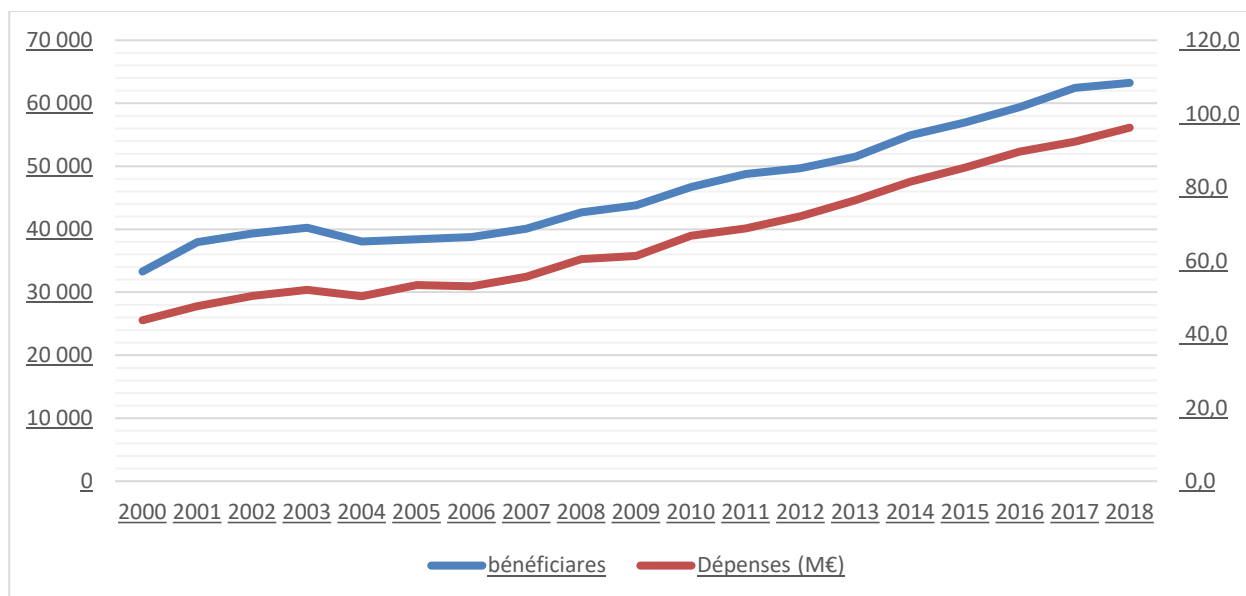
Source : CNRACL, Recueils statistiques annuels.

2.2.1.3 Les dépenses du CGOS au titre de la prestation maladie reflètent ces tendances

[123] Les données communiquées à la mission par le CGOS montrent une augmentation régulière du nombre de bénéficiaires de la prestation maladie et des dépenses correspondantes. Le nombre de bénéficiaires annuels a ainsi presque doublé depuis 2000, atteignant 62 470 en 2017, soit 5,7 % des agents titulaires et contractuels de la FPH (hors personnels médicaux) et 6,5 % des agents actifs éligibles aux prestations du CGOS (954 000 en 2017)⁷⁶, et le volume des dépenses a plus que doublé en euros courants sur la même période, atteignant 92,4 M€ en 2017 et 96,2 M€ en 2018. Ces montants de dépenses sont des montants « nets » correspondant à la différence entre les prestations versées aux agents par le CGOS dès le passage à demi-traitement et les montants remboursés par les établissements au CGOS en cas de rétablissement du plein traitement suite à requalification du type de congé (passage de CMO à CLM par exemple) ou reconnaissance d'une cause professionnelle : en 2018, ces remboursements se sont ainsi élevés à 37,6 M€. Le poids de la prestation maladie (dépenses nettes) dans les contributions des établissements adhérents est de ce fait passé de 17,4 à 23,8 % entre 2000 et 2017.

⁷⁶ L'AP-HP, dont les agents ne bénéficient pas de la prestation maladie du CGOS, indique 3764 agents en demi-traitement en 2018, soit environ 5,2 % du personnel non médical.

Graphique 4 : Evolution du nombre de bénéficiaires et des dépenses de la prestation maladie du CGOS



Source : CGOS, « chiffres clés 2017 » et données communiquées par le CGOS

[124] Les 96 M€ de dépenses constatées en 2018⁷⁷ concernent pour 90 % les indemnités versées aux fonctionnaires (dont 64 % pour congés ordinaires, 15 % pour congés de longue maladie et 11 % pour congés de longue durée) et pour 10 % les contractuels. Les bénéficiaires en CMO représentent 86 % du total des bénéficiaires (hors contractuels). Les montants moyens d'indemnisations s'élèvent ainsi en 2018, pour les fonctionnaires, à 1 104 € en CMO, 2 546 € en CLM et 3 434 € en CLD. Cette analyse est toutefois réalisée sur les montants de dépenses nets, le CGOS n'ayant pu fournir le montant des dépenses annulées à rembourser par les établissements que pour 2018 : les montants d'indemnisation moyens par bénéficiaire et par type de congé sont donc à considérer avec précaution car minorés par les dépenses annulées.

[125] Le CGOS a communiqué à la mission une analyse des durées moyennes d'indemnisation en 2017 et 2018 selon le type de congés maladie qui fait état d'une durée moyenne de 81 jours en CMO, soit un peu plus de la moitié de la durée maximale (150 J), ce qui ne semble pas corroborer les indications de certaines DRH sur l'effet désincitatif à la reprise du travail de la prestation (mais la dispersion autour des moyennes n'a pu être fournie par le CGOS).

⁷⁷ Source : CGOS.

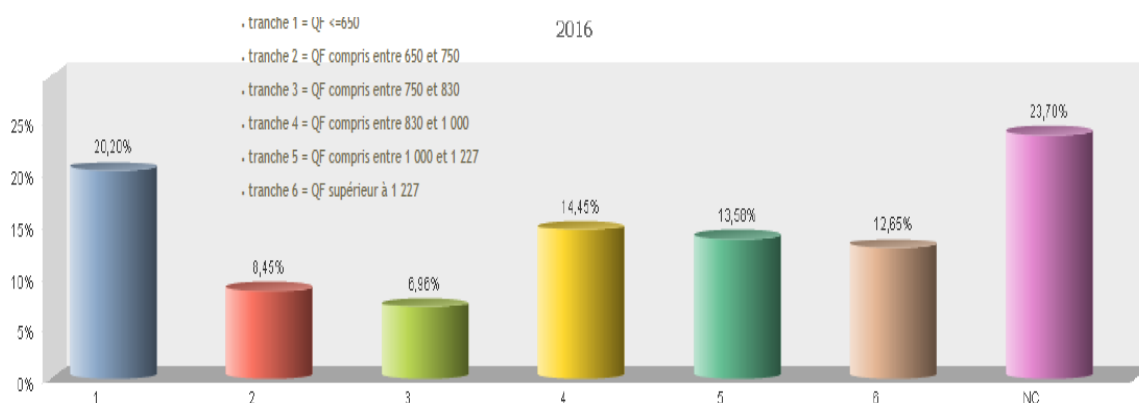
Tableau 7 : Durées moyennes d'indemnisation en 2017 et 2018 selon le type de congés maladie

	2017	2018
Maladie ordinaire moins de 3 enfants	80,91	81,16
Maladie ordinaire 3 enfants et plus	86,3	88,17
Longue maladie	119,42	121,3
Longue maladie 3 enfants et plus	124,22	124,62
Maladie longue durée non imputable au service	120,87	123,15
Maladie longue durée imputable au service	148	143,38
Grave maladie	83,33	78,41

Source : CGOS

[126] Une analyse des profils des bénéficiaires menée par le CGOS sur les années 2015 et 2016 montre que ceux-ci se répartissent sur l'ensemble des niveaux des rémunérations hospitalières et sur l'ensemble des classes d'âge, les 26-35 ans représentant ainsi 35,2 % des bénéficiaires en 2016⁷⁸ contre 29,2 % en 2011 (à l'inverse, la part des plus de 50 ans est passée de 28,8 % en 2011 à 18,9 % en 2016).

Graphique 5 : Ventilation des bénéficiaires de la prestation maladie par tranche de quotient familial⁷⁹ en 2016

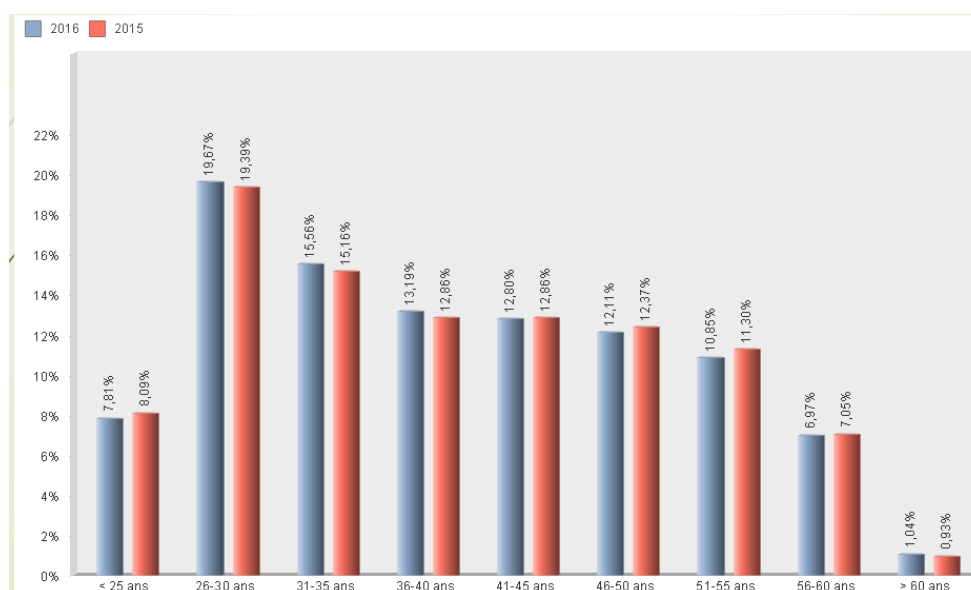


Source : CGOS

⁷⁸ L'âge moyen du personnel non médical est de 42 ans en 2015 (41 ans pour les personnels soignants). Source : analyse des bilans sociaux des EPS, ATIH.

⁷⁹ Le quotient familial est calculé par le CGOS et correspond à la moyenne mensuelle des ressources (somme du revenu fiscal de référence et des allocations familiales divisé par 12 mois) divisé par le nombre de part (1,5 part pour l'agent ou le retraité, 2 parts pour l'agent ou le retraité élevant seul(e) son (ou ses) enfant(s) ; 1 part pour toute autre personne à charge fiscale (conjoint non hospitalier, enfant...).

Graphique 6 : Ventilation des bénéficiaires de la prestation maladie par tranches d'âge en 2015 et 2016



Source : CGOS

[127] Les données collectées par la mission auprès d'un échantillon d'établissements publics de santé recourent bien celles du CGOS en termes de fréquence des mises à demi-traitement des agents titulaires et contractuels de la FPH.

Tableau 8 : Part des agents mis à demi traitement en 2018, selon le type de congés maladie

Caractéristiques des établissements ayant répondu à l'enquête				Part des agents mis à demi-traitement en 2018				
Catégorie	Nombre d'EPS répondants	Effectif (personnes physiques)		pour maladie ordinaire		pour CLM ou CGV		pour CLD
		Fonctionnaires	Contractuels	Fonctionnaires	Contractuels	Fonctionnaires	Contractuels	Fonctionnaires
Ensemble	43	134947	35855	5,17 %	1,54 %	0,66 %	0,16 %	0,44 %
CHU-CHR	13	74910	19529	5,49 %	1,10 %	0,64 %	0,05 %	0,40 %
CH	26	55915	15436	4,87 %	2,18 %	0,70 %	0,31 %	0,49 %
CHS	4	4122	890	3,40 %	0,90 %	0,53 %	0,24 %	0,34 %

Source : Mission : enquête auprès d'un échantillon d'établissements publics de santé

[128] Sur ces 43 établissements répondant, 32 ont formulé des appréciations sur la prestation maladie du CGOS :

- 27 établissements considèrent que cette prestation est nécessaire et correspond aux besoins des agents. Toutefois cette appréciation globale positive peut s'accompagner de critiques :
 - six établissements s'interrogent sur son caractère peu incitatif à une reprise rapide du travail, certains observant que celle-ci intervient aussitôt après la fin de la période d'indemnisation par le CGOS : pour certains responsables RH avec lesquels la mission s'est entretenue, la prestation CGOS, entièrement financée par l'employeur, serait assimilée par les agents aux garanties statutaires auxquelles ils ont droit. Un établissement estime que ce droit devrait être modulé selon les risques des métiers exercés qui ne sont pas identiques ;

- trois établissements critiquent la charge de gestion que la prestation impose aux services RH (envoi du dossier d'indemnisation au CGOS, nécessité de récupérer les indus auprès des agents), accentuée par le caractère chronophage du processus d'indemnisation, insuffisamment automatisé et dématérialisé ;
- cinq établissements jugent le dispositif mal adapté, dont trois parce que le niveau garanti (ne prenant pas en compte les primes) ou la durée de service sont insuffisants et un parce qu'il ne couvre pas les personnels médicaux.

2.2.1.4 La croissance soutenue des dépenses a contraint le CGOS à des ajustements

[129] Les instances dirigeantes du CGOS (Assemblée générale, Conseil d'administration et bureau) sont conscientes du poids croissant des dépenses générées par la prestation maladie et de leur caractère peu maîtrisable du fait de son versement automatique (dès le passage à demi-traitement conduisant l'établissement employeur à constituer le dossier de demande du salarié et à l'adresser au CGOS).

[130] Le fort attachement à cette prestation des organisations syndicales, qui administrent paritairement le CGOS avec la FHF, a conduit l'Assemblée générale à confirmer le dispositif, en rappelant « *le caractère incontournable de la prestation maladie qui fait partie intégrante de l'action sociale du CGOS* »⁸⁰ et en refusant « *toute remise en cause des prestations* » maladie et départ en retraite »⁸¹.

[131] La seule mesure d'ajustement du dispositif est la baisse du taux d'indemnisation, ramené de 47,5 % à 45 % de l'assiette (cf. *supra* 1.2.2.3.) à compter du 1^{er} janvier 2017, par délibération du 14 décembre 2016. Cette mesure, qui visait à limiter à 90 M€ le montant des dépenses pour 2017 a presque atteint son objectif (90,3 M€ de dépenses constatées en 2017⁸²) mais n'a pas enrayer durablement la hausse des dépenses qui s'est poursuivie en 2018.

2.2.2 La nature juridique de cette prestation est sujette à débat

[132] La qualification juridique de la prestation maladie du CGOS a été mise en cause par un référé de la Cour des comptes⁸³ : dans la mesure où cette prestation est versée « *sans participation du bénéficiaire à la dépense engagée et sans conditions de ressources, ni examen de la situation personnelle ou familiale* », elle n'entrerait pas dans le champ légal de l'action sociale hospitalière, tel que défini par l'article 9 du titre Ier du statut général des fonctionnaires (auquel renvoie l'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière).

[133] Ce champ légal est ainsi libellé : « *<< L'action sociale, collective ou individuelle, vise à améliorer les conditions de vie des agents publics et de leurs familles, notamment dans les domaines de la restauration, du logement, de l'enfance et des loisirs, ainsi qu'à les aider à faire face à des situations difficiles. << Sous réserve des dispositions propres à chaque prestation, le bénéfice de l'action sociale implique une participation du bénéficiaire à la dépense engagée. Cette participation tient compte, sauf exception, de son revenu et, le cas échéant, de sa situation familiale. << Les prestations d'action sociale,*

⁸⁰ Motion votée le 16 juin 2005.

⁸¹ Motion votée le 14 juin 2018.

⁸² Selon un document « Poids maladie / contributions » communiqué par le CGOS. Les « chiffres clés 2017 » disponibles sur le site Internet du CGOS donnent un montant plus élevé (92,4 M€).

⁸³ Adressé par le Premier président de la Cour des comptes au Premier ministre le 14 février 2018 (réf. : S201-0312).

individuelles ou collectives, sont distinctes de la rémunération visée à l'article 20 de la présente loi et sont attribuées indépendamment du grade, de l'emploi ou de la manière de servir ».

[134] Cette définition apparaît pourtant suffisamment large pour que l'on puisse y inclure la prestation maladie du CGOS⁸⁴ : la liste introduite par le « notamment » est purement illustrative ; la condition de participation du bénéficiaire ne s'applique que « *sous réserve des dispositions propres à chaque prestation* », autrement dit à la libre appréciation du pouvoir réglementaire ; l'article 9 n'implique par lui-même aucun examen de la situation personnelle et familiale ; les prestations du CGOS sont incontestablement distinctes de la rémunération versée « *après service fait* », au sens de l'article 20, c'est-à-dire « *le traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement ainsi que les indemnités instituées par un texte législatif ou réglementaire* » ; elles ne sont pas subordonnées à une condition de grade, d'emploi ou de manière de servir ; enfin, on peut raisonnablement présumer que le passage à demi-traitement en cas d'arrêt pour maladie est pour l'agent qui le subit une « situation difficile ».

[135] Il faut d'ailleurs rappeler que l'article 9 de la loi de 1983 n'a pas pour objet de définir dans l'absolu l'action sociale dont peuvent bénéficier les fonctionnaires, mais de préciser les conditions dans lesquelles ils participent à sa gouvernance - et, plus généralement, à celle de leurs missions et de leurs situations statutaires et personnelles - l'action « sociale, culturelle, sportive et de loisirs », telle que prévue par cet article, étant l'un des champs où cette participation est de droit⁸⁵.

[136] La lecture des travaux préparatoires à l'adoption de cette définition⁸⁶, dans le cadre de la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique, confirme que le législateur n'avait pas en l'espèce d'intention restrictive.

[137] Les parlementaires souhaitaient que la loi soit plus explicite sur l'action sociale dans les fonctions publiques de l'Etat et territoriale « *de façon à ce que tous les fonctionnaires puissent en profiter* »⁸⁷. Le Gouvernement s'étant déclaré ouvert à une définition commune, dans le respect du principe de libre administration des collectivités locales⁸⁸, le rapporteur du projet a alors déposé l'amendement dont est issue la rédaction actuelle⁸⁹, et qui reprend la définition déjà donnée, en ce

⁸⁴ C'était déjà l'analyse du rapport Lannelongue-Verrier précité.

⁸⁵ L'action sociale est de manière générale une notion protéiforme, qui n'a pas de définition législative générale, ni a fortiori constitutionnelle : ainsi l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* » ; de même l'action sociale des caisses de sécurité sociale, dont le principe même est législatif (cf. Conseil constitutionnel Décision n° 60-5 L du 07 avril 1960, point 5) n'est pas définie par le code de la sécurité sociale, et se distingue avant tout des prestations légales par le fait qu'elle est déterminée, de manière facultative, par les caisses elles-mêmes.

⁸⁶ pour les deux premiers alinéas de la citation, le troisième alinéa ayant été introduit à l'article 9 par la loi n° 2001-2 du 3 janvier 2001 relative à la résorption de l'emploi précaire et à la modernisation du recrutement dans la fonction publique ainsi qu'au temps de travail dans la fonction publique territoriale.

⁸⁷ Assemblée nationale, Rapport n°3173 du 21 juin 2006 de M. Bénisti, p 30 ; ce n'était pas la première tentative, une définition ayant déjà été discutée dans le cadre de la loi de 2001 précitée, au-delà de la seule différenciation a contrario avec la rémunération, mais cette définition (« *la mise en œuvre d'aides, notamment à la restauration, de prestations et d'activités non obligatoires, individuelles ou collectives, au bénéfice des agents, en vue d'améliorer leurs conditions collectives d'emploi, de travail et de vie* ») avait été alors été considérée comme trop restrictive par le Gouvernement.

⁸⁸ Idem page 32.

⁸⁹ Amendement n°118 ; parallèlement un article 88-1 était inséré dans le titre II du statut général, pour préciser que « *L'assemblée délibérante de chaque collectivité territoriale ou le conseil d'administration d'un établissement public local détermine le type des actions et le montant des dépenses qu'il entend engager pour la réalisation des prestations prévues à l'article 9 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, ainsi que les modalités de leur mise en œuvre* ».

qui concerne l'Etat, par un décret de 2006⁹⁰. Il n'y avait donc clairement aucune intention de restreindre le champ par rapport à l'existant, notamment dans la fonction publique hospitalière⁹¹.

[138] Il est vrai, comme le soutient également la Cour, que la prestation maladie du CGOS pourrait relever de la protection sociale complémentaire au sens de l'article 22 bis de la loi de 1983, créé par la même loi de 2007, en ce qu'elle vient en complément des prestations en espèce servies, en application du statut, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident. Mais, comme on l'a vu, l'objectif de l'article 22 bis était de maintenir les solidarités existantes dans la FPE et de donner une base légale claire aux régimes mis en place par des collectivités territoriales, et non de réformer les dispositifs déjà applicables à la FPH. En outre, la prestation maladie du CGOS était et demeure, en l'état du droit, extérieure au champ de l'article 22 bis, en ce que celui-ci prévoit une contribution des collectivités publiques « *au financement des garanties auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent* », alors qu'en l'espèce les agents ne souscrivent à rien et n'acquièrent aucune « *garantie* »⁹². De manière plus générale, la prestation maladie du CGOS n'a pas la nature d'une prestation d'assurance^{93,94}.

[139] Tout cela explique pourquoi le ministère chargé de la santé, dans la réflexion engagée sur la mise en œuvre de la loi de 2007, avait envisagé d'appliquer l'article 22 bis en parallèle et non en substitution de la prestation maladie du CGOS⁹⁵.

[140] La Cour s'est également appuyée sur un avis du Conseil d'Etat de 2003⁹⁶, qui a considéré, en l'absence de définition expresse dans la rédaction de l'article 9 en vigueur à l'époque, que « *... l'acception retenue de l'action sociale est celle communément admise. Elle regroupe l'ensemble des prestations destinées à améliorer directement ou indirectement les conditions d'emploi, de travail et de vie des agents et de leurs familles, notamment en les aidant à faire face à diverses situations difficiles et en facilitant leur accès à des services collectifs divers. Toutefois, la qualification d'action sociale ne peut être reconnue à ces prestations que si, par leur contenu, elles présentent des caractéristiques garantissant leur vocation sociale et les distinguant des prestations à caractère purement marchand ; ce qui suppose notamment qu'elles ne se bornent pas à offrir des services disponibles et aisément accessibles, en termes de localisation et de prix, sur le marché et que leurs conditions d'octroi et de tarification les rendent accessibles à l'ensemble des agents, en particulier ceux à revenus modestes* ».

⁹⁰ Article 1er du décret n° 2006-21 du 6 janvier 2006 relatif à l'action sociale au bénéfice des personnels de l'Etat ; comme pour l'article 9, l'objet du décret est d'abord organisationnel ; il crée notamment un comité interministériel consultatif compétent pour l'action sociale interministérielle.

⁹¹ Où son existence était garantie par l'article 116-1 de la loi de 1986 déjà cité, depuis la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

⁹² La convention avec l'Etat, prise sur le fondement de l'article 116-1 de la loi de 1986, n'impose pas l'existence de prestations maladie et renvoie au CGOS lui-même la définition des prestations ; en vertu de l'article 23 des statuts de l'association, les prestations existantes peuvent être supprimées à tout moment par son assemblée générale.

⁹³ Un corollaire tient au fait que le CGOS ne peut exercer de recours contre le tiers responsable d'un accident ayant entraîné l'arrêt de travail au titre duquel la prestation a été versée (voir par exemple un arrêt non publié de la Cour administrative d'appel de Marseille, 07MA03359, 18 novembre 2010).

⁹⁴ L'article 5 de la directive européenne 2008/138/CE sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance dispose que « *En ce qui concerne l'assurance non-vie, la présente directive ne s'applique pas aux opérations suivantes... : 2) les opérations des organismes de prévoyance et de secours dont les prestations varient d'après les ressources disponibles et dans lesquels la contribution des adhérents est déterminée forfaitairement* ») : le CGOS ne peut qu'ajuster ses prestations à ses ressources, dont il n'a pas la maîtrise.

⁹⁵ Voir point 1.1.1 supra.

⁹⁶ Assemblée générale – Avis no 369.315 – 23 octobre 2003, répondant aux questions du ministre de l'intérieur sur la gestion des prestations sociales au bénéfice de ses agents par la Fondation Jean-Moulin.

[141] Cet avis, qui a manifestement inspiré les rédactions de 2006 et 2007, adopte donc également une définition extrêmement large, qui n'impose, pour reprendre les termes de la Cour, ni participation du bénéficiaire à la dépense engagée, ni conditions de ressources, ni examen de la situation personnelle ou familiale⁹⁷.

[142] Il soulève en revanche une question supplémentaire, qui n'est pas expressément traitée par la loi, et qui a trait au caractère « non purement marchand » des prestations servies⁹⁸, en regard de leurs conditions de gestion.

[143] L'avant-dernier alinéa de l'article 9 prévoit en effet que : « *L'Etat, les collectivités locales et leurs établissements publics peuvent confier à titre exclusif la gestion de tout ou partie des prestations dont bénéficient les agents à des organismes à but non lucratif ou à des associations nationales ou locales régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association* ». L'avis précise que ces dispositions, « *eu égard à leur domaine d'intervention ... ont nécessairement pour objet, au regard du droit interne, de permettre aux collectivités publiques de choisir un ou plusieurs organismes pour gérer de telles prestations sans avoir à respecter les procédures de publicité et de mise en concurrence préalables prévues par le code des marchés publics* », et qu'il n'y a pas lieu de s'interroger sur la conformité d'un tel dispositif avec le droit européen des marchés publics, « *dès lors que les prestations d'action sociale en cause ... ne présentent pas, dans les conditions où elles sont mises en œuvre, le caractère d'une activité économique* ».

[144] A contrario, il ressort donc de l'avis que, sans contrevenir à la lettre de l'article 9, des prestations « à caractère purement marchand », « aisément accessibles, en termes de localisation et de prix, sur le marché », ne pourraient en relever ou du moins ne pourraient être confiées en gestion à des tiers sans respecter les règles relatives aux marchés publics.

[145] La Cour ne va pas jusqu'à dire que tel pourrait être le cas pour la prestation maladie du CGOS. Il serait d'ailleurs difficile de soutenir que de telles prestations sont aisément accessibles sur le marché : même si elles ressemblent, par leur mode de calcul, à des prestations de prévoyance comme un organisme d'assurance peut en proposer, elles s'en distinguent nettement par le fait qu'elles ne sont subordonnées à aucune exclusion préalable ou condition de tarification tenant à l'âge ou à l'état de santé (ou a minima, à l'ancienneté de l'adhésion, comme dans beaucoup de mutuelles de fonctionnaires) ; elles ne sont pas non plus assimilables aux prestations qu'un assureur peut offrir dans le cadre d'un contrat de groupe obligatoire dont l'employeur assumerait le financement sans aucune participation de ses agents, puisque le CGOS, qui est uniquement chargé de la gestion des prestations, ne porte en l'espèce aucun risque.

[146] Le risque contentieux paraît en l'espèce d'autant moins avéré qu'il n'est pas contesté que le CGOS est lui-même un pouvoir adjudicateur soumis au code des marchés publics, auquel un droit exclusif, tel que celui de gérer des prestations maladie, peut en tout état de cause être confié par la

⁹⁷ Sur ce dernier point, la position de la Cour vient peut-être du fait que dans l'alinéa suivant, appliquant cette définition générale aux prestations effectivement versées par la Fondation Jean-Moulin, l'avis constate qu'« *Au regard de cette définition, s'agissant des prestations dont la gestion a été confiée par le ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales à la « Fondation Jean-Moulin », relèvent de l'action sociale toutes les prestations à caractère individuel versées, au cas par cas, après examen de la situation particulière des agents et qui sont, au demeurant, d'un montant souvent modeste* » ; mais si cette condition est suffisante à elle seule pour caractériser la vocation sociale, l'avis n'en fait aucunement une condition nécessaire.

⁹⁸ Le caractère « accessible à l'ensemble des agents, en particulier ceux à revenus modestes » ne faisant lui-même pas débat, en l'absence de contrepartie à leur charge.

puissance publique sans avoir à respecter de procédures de publicité et de mise en concurrence préalables⁹⁹.

[147] Il reste que ce débat sur la nature juridique de la prestation maladie du CGOS renvoie à son caractère précaire. Vécue généralement par les agents comme un prolongement de leurs droits statutaires, cette prestation a pourtant un caractère facultatif et contingent¹⁰⁰. On peut dans une certaine mesure en dire autant des droits statutaires eux-mêmes, puisque nul n'a de droit au maintien d'une situation légale et réglementaire ; mais leur modification est du moins subordonnée au respect de règles procédurales, de la hiérarchie des normes et des principes généraux du droit. De même, des prestations de prévoyance complémentaire ne peuvent être modifiées que pour l'avenir, sous certaines conditions et sans préjudice des droits acquis du fait des sinistres déjà survenus. Si la qualification de prestation d'action sociale peut être conservée en droit, elle n'en soulève pas moins une question d'opportunité.

2.3 Difficile à mesurer, le taux d'adhésion des agents hospitaliers à des garanties de PSC semble se rapprocher de celui des agents des autres versants

2.3.1. En santé, le taux et le niveau de couverture peuvent être estimés proches de celui constaté pour les autres versants

2.3.1.1 Le taux de couverture des agents de la FPH s'établit entre 85 % et 97 %

[148] Une étude a été réalisée par l'IRDES¹⁰¹, à la demande de la mission, sur la couverture complémentaire santé des salariés de la fonction publique, à partir des données de l'enquête Santé et Protection sociale 2014. Il convient de souligner que les résultats ont été obtenus sur la base d'un échantillon réduit pour ce qui concerne la FPH puisqu'il se compose de 12 542 personnes, comprenant 1 715 agents de la fonction publique, dont 309 agents de la FPH (cf. encadré n°2 portant sur la méthodologie de l'enquête).

⁹⁹ Cf. l'article 11 de la directive 2014/24/UE, transposé en droit interne par l'article L. 2512-4 du code de la commande publique (« *La présente directive ne s'applique pas aux marchés publics de services attribués par un pouvoir adjudicateur à un autre pouvoir adjudicateur ou à une association de pouvoirs adjudicateurs sur la base d'un droit exclusif dont ceux-ci bénéficient en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou de dispositions administratives publiées, à condition que ces dispositions soient compatibles avec le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne* »)

¹⁰⁰ Cf. supra sur la distinction avec les prestations d'assurance. Le caractère facultatif de l'action sociale bénéficiant aux agents est explicite, s'agissant de l'Etat, en vertu de l'article 1^{er} du décret de 2006 ; il est implicite pour les collectivités territoriales, compte tenu du pouvoir d'appréciation qui leur est laissé par l'article 88-1 de la loi de 1984 ; l'article 116-1 est muet pour les établissements hospitaliers (la seule disposition obligatoire est le renvoi à la fixation par les ministres du taux et de l'assiette de la contribution annuelle des établissements). Mais la jurisprudence administrative qualifie de manière générale les prestations de l'article 9 de prestations d'action sociale facultative (CE, n°415366, 15 mars 2019, mentionné aux tables).

¹⁰¹ IRDES, *La couverture complémentaire santé des salariés de la Fonction Publique – A partir des données de l'enquête Santé et Protection Sociale 2014*, février 2019.

Encadré 2 : Méthodologie de l'enquête ESPS réalisée par l'IRDES

L'étude de février 2019 réalisée par l'IRDES portant sur la couverture complémentaire santé des salariés de la Fonction Publique utilise les données de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de 2014. Celle-ci permet de recueillir des données sur l'état de santé, les caractéristiques démographiques et socio-économiques ainsi que sur l'assurance complémentaire santé des individus. Elle est représentative de la population vivant en ménages ordinaires, donc hors institutions.

Historiquement, l'enquête ESPS a pour base de sondage les registres des caisses des trois grands régimes de l'Assurance maladie obligatoire (CNAMTS/RSI/MSA). Jusqu'en 2012, les sections locales mutualistes (SLM) ainsi que les régimes spéciaux, et donc les mutuelles de fonctionnaires, ne faisaient pas partie de la base de sondage. Néanmoins, dans la mesure où l'ensemble des membres des ménages des personnes échantillonnées était interrogé, les fonctionnaires étaient partiellement représentés dans l'enquête dès lors qu'ils résidaient dans un foyer dont le bénéficiaire sélectionné était protégé par l'un des régimes appartenant au champ initial de l'enquête ESPS (CNAMTS, RSI, CCMSA). En 2014, afin d'améliorer la représentativité de l'enquête, certaines SLM et les régimes spéciaux les plus importants ont été intégrés dans l'échantillon initial de l'enquête ESPS.

Les populations spécifiques peuvent être identifiées dans l'échantillon de la façon suivante :

- l'occupation principale des individus permet d'identifier les personnes en emploi au moment de l'enquête (actifs en emploi y compris les arrêts maladie de moins de 6 mois / apprentis sous contrat ou stagiaire rémunéré / actifs en arrêt maladie (de 6 mois à 3 ans) / actives en congé maternité / actifs en congé parental/ retraités).
- le statut dans l'emploi permet de distinguer les salariés de la Fonction Publique (salarié(e) de l'Etat / salarié(e) d'une collectivité locale territoriale ou locale / salarié(e) des hôpitaux publics ou du secteur public social et médico-social de ceux du secteur privé (salarié(e) d'une entreprise privée, d'un artisan, d'une association).
- le type de contrat de travail permet de distinguer dans la Fonction Publique et dans le secteur privé, les salariés avec des contrats sans limite de durée des salariés avec des contrats à durée déterminée.

L'échantillon se compose de 12 542 personnes :

- 1 715 sont salariés de la Fonction Publique avec un contrat sans limite de durée, dont 309 salariés des secteurs hospitalier, social et médico-social ;
- 284 sont salariés de la Fonction Publique avec un contrat à durée déterminée ;
- 5 578 sont salariés du secteur privé en CDI ;
- 860 sont salariés du secteur privé en CDD ;
- 1 205 sont retraités de la Fonction Publique ;
- 2 900 sont retraités du secteur privé.

Source : IRDES

[149] Les résultats obtenus par cette enquête, concernant la couverture des agents de la FPH, se rapprochent de ceux observés dans les deux autres fonctions publiques : seulement 3 % des agents ne sont pas couverts par une assurance complémentaire santé contre 2 % pour l'ensemble des fonctionnaires. Parmi les agents couverts :

- 0,2 % bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ;
- 81 % ont une couverture individuelle ;
- 15 % sont couverts par une couverture collective (dont 86 % au travers d'un contrat à adhésion obligatoire) comme ayant-droits d'un membre de leur famille.

[150] Par ailleurs, ces résultats peuvent être croisés avec ceux obtenus par la mission auprès de la MNH qui gère le régime obligatoire des agents des établissements de santé, pour le compte de la sécurité sociale, dans 24 départements. A ce titre, la mission a demandé à la MNH de lui fournir la part des agents ayant déclaré un organisme complémentaire. Il en ressort que 85 % des agents concernés ont renseigné un organisme complémentaire.

2.3.1.2 Comme les fonctionnaires, les agents de la FPH ont une opinion globalement positive de leur couverture santé, même si ce taux de satisfaction est inférieur à celui constaté pour les agents du secteur privé

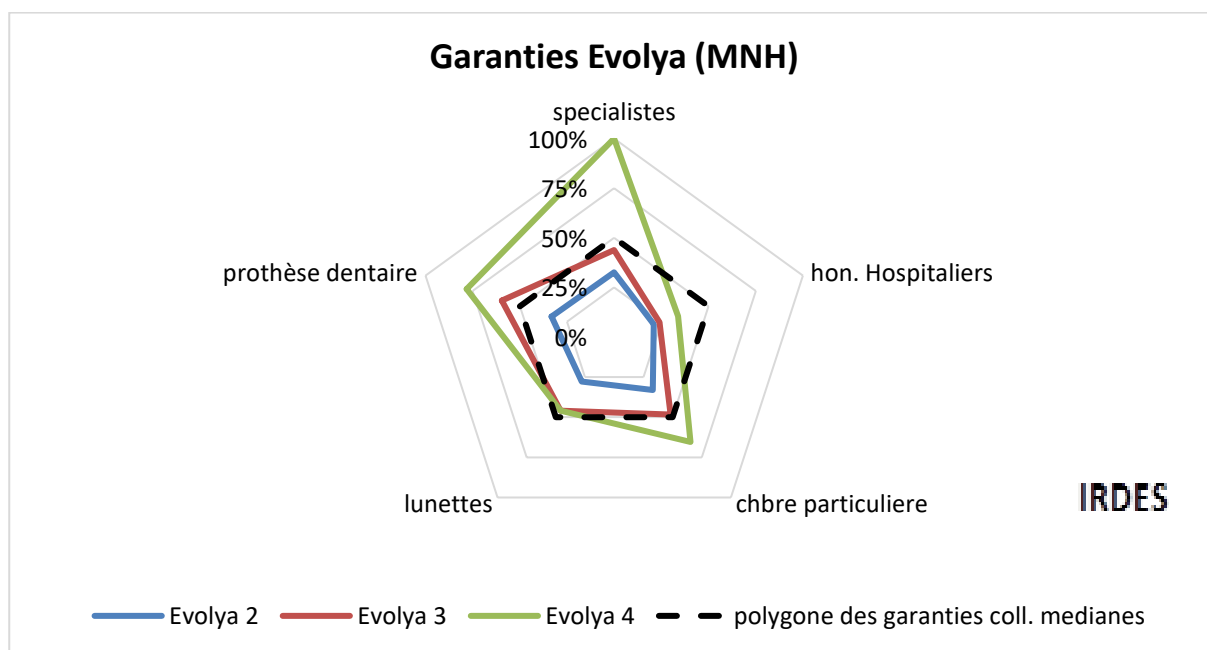
[151] L'analyse de l'opinion des agents de la FPH concernant leur couverture santé montre des résultats assez proches de ceux constatés pour la fonction publique dans son ensemble. Ainsi, il apparaît que :

- une part non négligeable des agents de la FPH ignore si elle est bien couverte par son contrat d'assurance : le taux de personnes indiquant ne pas savoir si elles bénéficient de bonnes garanties varie ainsi de 11 % pour les lunettes (contre 16 % pour les agents en CDI du privé et 14 % pour les fonctionnaires) à 34 % pour les dépassements d'honoraires de spécialistes (contre 28 % pour les agents en CDI du privé et 26 % pour les fonctionnaires) ;
- la part d'opinions favorables est majoritaire pour les différentes composantes de frais analysés, bien qu'inférieure à celle observée pour les agents du privé (à l'exception des frais de soins hospitaliers). Ainsi :
 - 41 % des agents de la FPH ont une opinion favorable de leur couverture en dentaire, contre 39 % pour l'ensemble des fonctionnaires et 51 % pour les agents du privé en CDI ;
 - 50 % des agents de la FPH ont une opinion favorable de leur couverture en optique, contre 49 % pour les fonctionnaires et 63 % pour les agents du privé en CDI ;
 - 34 % des agents de la FPH ont une opinion favorable de leur couverture d'honoraires de spécialistes contre 41 % pour les fonctionnaires et 54 % pour les agents du privé en CDI ;
 - 67 % des agents de la FPH ont une opinion favorable de leur couverture en soins hospitaliers, contre 66 % pour les fonctionnaires et 63 % des agents du privé en CDI.

[152] L'analyse du niveau de perception des garanties complémentaires santé des agents de la FPH peut être mise en parallèle de l'analyse du niveau des garanties, spécifiquement proposées aux agents hospitaliers. Ainsi, l'IRDES a procédé à l'analyse d'un contrat proposé par la MNH, qui est l'organisme complémentaire historique sur ce champ. Ainsi, le contrat Evolya de la MNH offre des garanties supérieures à celles des autres contrats étudiés pour la FPE¹⁰². Le graphique n°6 fait apparaître le niveau des garanties du contrat Evolya, étant entendu que les options 2 et 3 sont les plus souscrites. Celui-ci fait apparaître un niveau de couverture de prise en charge des honoraires hospitaliers inférieur au milieu de gamme du collectif, ce qui peut s'expliquer par le recours plus aisé à une consultation auprès d'un praticien hospitalier au sein de l'établissement de santé, pour son activité publique.

¹⁰² Cf. rapport IGF 2018-M-024-02, IGAS 2019-009R, IGA 19013-R précité.

Graphique 7 : Garanties MNH pour les personnels des établissements de santé



Source : IRDES, Une comparaison de garanties offertes aux salariés de la fonction publique avec celles des contrats collectifs.

Nota : Plus les garanties offertes aux salariés du secteur privé sont élevées en comparaison des contrats offerts par les mutuelles, plus la courbe est proche du centre. Les garanties médianes des contrats collectifs forment un pentagone (puisque 5 garanties sont étudiées), appelé par la suite « polygone de garanties des médianes ». Il permet de visualiser le milieu de gamme du collectif.

2.3.1.3 Malgré l'existence légale d'un dispositif de soins gratuits, le taux de renoncement aux soins déclaré par les agents de la FPH est comparable à celui de l'ensemble de la population

[153] L'étude IRDES s'intéresse également à l'état de santé perçu des agents dans les différents secteurs, ainsi qu'au recours aux soins. Si ces données doivent être interprétées avec précaution compte tenu de la nature déclarative des informations recueillies, du biais induit par la structure par âge et par sexe des différentes populations d'intérêt, ainsi que de la taille réduite de l'échantillon, il ressort que le taux de renoncement aux soins observé pour les agents de la FPH s'établit à 22 %. Il est légèrement inférieur à celui de l'ensemble de la fonction publique (26 %) ou celui des agents du privé (24 %), et équivalent à celui observé pour les retraités des secteurs public et privé alors qu'il s'agit d'une population jeune (moins d'un salarié sur quatre a moins de 30 ans). En tout état de cause, ces résultats indiquent que presque un quart des agents de la FPH ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, alors même que la loi leur permet d'avoir accès à des soins gratuitement. Néanmoins, l'étude réalisée par l'IRDES ne permet pas de déterminer les types de soins concernés, et en particulier s'il s'agit de soins pratiqués qui ne sont pas usuellement pratiqués dans un établissement de santé (i.e. soins dentaires par exemple).

[154] Plus globalement, les agents de la FPH accèdent aux soins dans des proportions proches de la population générale, exception faite des consultations auprès des médecins spécialistes auxquelles ils recourent plus largement. Ainsi, 59 % de ces agents ont déclaré avoir consulté un spécialiste au cours des douze derniers mois alors qu'ils sont 53 % dans l'ensemble de la fonction publique (en considérant les fonctionnaires ou les agents en CDI uniquement) et seulement 45 % dans le privé. Ainsi, si le recours au dispositif de soins gratuits apparaît marginal aujourd'hui, ces résultats

indiquent que les agents de la FPH ont un accès facilité aux spécialistes en comparaison des autres actifs (les retraités ayant un taux de recours comparable aux agents de la FPH, de l'ordre de 60 % dans le public comme dans le privé).

2.3.2 En prévoyance les données disponibles sont trop difficiles à consolider pour permettre une estimation fiable

[155] Comme pour la complémentaire santé, les établissements ne connaissent pas la proportion de leurs personnels adhérant à des garanties de prévoyance. S'ils pratiquent le précompte des cotisations mutualistes, au bénéfice de la MNH et souvent d'autres organismes, ils ne font pas toujours un suivi de l'évolution du nombre d'agents concernés ni de leur répartition par organisme et encore moins des sommes précomptées. Les directions des ressources humaines n'identifient pas, parmi les agents qui ont autorisé le précompte, ceux pour lesquels la cotisation couvre des garanties de prévoyance. Par ailleurs, les informations disponibles à l'échelle de l'établissement ne sont pas centralisées.

[156] Les seules informations disponibles au niveau national sont donc celles fournies par les organismes complémentaires eux-mêmes, pour autant qu'ils puissent identifier les personnels des établissements de la fonction publique hospitalière parmi leurs adhérents et éventuellement les distinguer par statut (fonctionnaire, contractuel, personnels médicaux), par type de garanties souscrites et par type d'établissement.

[157] La mission n'a pu effectuer qu'une collecte partielle d'informations auprès de certains organismes complémentaires ayant construit une offre spécifique pour ces publics, les agents hospitaliers pouvant bien sûr s'adresser à d'autres organismes ou être couverts par la complémentaire de leur conjoint non hospitalier.

[158] En prévoyance, ces offres spécifiques prennent en compte, pour les fonctionnaires et contractuels de la FPH, l'existence de la prestation maladie du CGOS qu'elles viennent compléter :

- pour couvrir les périodes d'interruption du versement de la prestation du CGOS au cours desquelles l'agent ne perçoit que son demi-traitement ;
- pour augmenter le niveau des ressources garanties en prenant en compte les primes et indemnités suspendues ou diminuées pendant la période d'incapacité temporaire de travail (ITT).

[159] Il est probable que les tarifs proposés tiennent compte de l'intervention du CGOS mais cela est difficile à vérifier en raison du nombre de paramètres à prendre en compte pour effectuer une comparaison (taux d'adhésion, sinistralité des adhérents, niveaux de ressources garantis variables selon les options, taux de frais de gestion, etc), a fortiori en cas de cotisation globale pour l'assurance santé et la prévoyance.

Encadré 3 : L'offre prévoyance de la Mutuelle nationale des hospitaliers pour les agents de la FPH

Première mutuelle dans les établissements de la fonction publique hospitalière par le nombre de personnes couvertes, la MNH a développé une offre de prévoyance adaptée aux spécificités de la couverture complémentaire des agents.

L'adhésion à la MNH, en tant que membre participant, est ouverte à tous les personnels des établissements de santé et médico-sociaux, publics et privés, actifs ou retraités (y compris aux personnels médicaux, internes, élèves des écoles paramédicales) mais aussi, notamment, aux agents des ministères sociaux, aux salariés de la mutuelle et du CGOS et aux personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale à titre libéral et à leurs salariés. Les offres proposées sont différenciées selon les besoins de ces différentes catégories de membres.

Les offres santé destinées aux actifs des secteurs sanitaire, social et médico-social (catégorie I), MNH Evolya, et MNH Quiétude comportent en inclusion une garantie de perte de salaire en cas d'ITT, prenant le relais de la prestation maladie du CGOS, pendant une période de 9 mois renouvelable tous les deux ans. Les indemnités servies représentent entre 25 et 35 % du traitement indiciaire de base selon les options (40 % pour les agents hospitaliers ayant un traitement indiciaire de base inférieur ou égal à celui correspondant à l'indice minimum de la fonction publique)¹⁰³.

L'adhésion aux garanties santé entraîne également l'adhésion au contrat collectif obligatoire souscrit par la MNH auprès de MNH prévoyance, qui couvre les risques décès et invalidité totale et définitive (capital de 11 000 € pour chaque risque), avec un capital éducation (2 750 € par enfant à charge en cas de décès de l'adhérent), une rente enfant handicapé viagère (1 320 € par an en cas de décès ou d'invalidité totale et définitive de l'adhérent) et une garantie perte d'autonomie sous forme d'une rente viagère (3 600 € par an pour les personnes classées en GIR 1 ou 2 et 1 800 € par an pour celles classées en GIR 3) ou d'un capital (1 000 € pour les personnes classées en GIR 4).

Les adhérents à la MNH ont en outre la possibilité d'adhérer au contrat de prévoyance facultatif souscrit par la MNH auprès de MNH prévoyance¹⁰⁴, dénommé Prév'actifs. Ce contrat offre le choix entre deux niveaux de garantie :

▫ « Tempo », constitué d'une garantie ITT visant à couvrir la perte des primes, avec deux options (perte de primes, dans la limite de 10 ou 40 % du cumul TIB+NBI) ;

▫ « Vivo », qui ajoute à la garantie précédente, le versement d'une indemnité égale à 75 % cumul TIB+NBI à partir du passage en demi-traitement. La prestation est différentielle, le total de la fraction du salaire maintenue, des indemnités éventuellement reçues du CGOS et des allocations complémentaires MNH (au titre des garanties santé) ne pouvant dépasser la moyenne mensuelle du traitement net imposable. Cette offre comporte en outre des garanties invalidité et décès (capital égal à 70 % ou 150 % du cumul TIB+NBI, rente éducation).

En ITT, ces garanties optionnelles permettent aux agents d'adapter leur couverture pour compléter les garanties statutaires, l'intervention du CGOS et les indemnités de la MNH au titre des garanties santé, pour maintenir leur rémunération globale, primes comprises, en fonction de leur situation personnelle : pour les bénéficiaires du CGOS adhérents aux garanties santé, la garantie Tempo peut suffire pour compenser la perte des primes et indemnités ; pour les non adhérents aux garanties santé ou les non bénéficiaires du CGOS, la garantie Vivo paraît mieux adaptée.

Les prestations ITT du contrat Prév'actifs s'interrompent à la reprise d'activité ou au départ à la retraite (y compris pour invalidité) et sont limitées à 3 ans par période de 5 ans, correspondant à la durée maximale du demi-traitement en CLD pour un fonctionnaire.

La MNH a indiqué à la mission ne pas faire de différences dans sa tarification du risque ITT entre ses adhérents, selon qu'ils sont ou non susceptibles de bénéficier de la prestation maladie du CGOS.

Source : Mission d'après les règlements mutualistes et contrats communiqués par la MNH

[160] L'exclusion des personnels médicaux du champ d'intervention du CGOS a conduit certains d'entre eux à constituer des associations souscriptrices qui ont conçu et négocié avec des organismes complémentaires des contrats de groupe couvrant les risques santé et prévoyance. De même, certains organismes assureurs des personnels médicaux, notamment en responsabilité civile ont élaboré des produits dédiés à cette population et offrant des garanties santé et prévoyance adaptées. Il est toutefois impossible d'identifier l'ensemble des contrats existants et des organismes assureurs concernés et la proportion des médecins hospitaliers ainsi couverts.

¹⁰³ Les prestations de même nature éventuellement servies par un autre organisme sont déduites de ces montants.

¹⁰⁴ Les non adhérents à la MNH peuvent aussi adhérer directement à MNH Prévoyance dans les conditions fixées par les statuts et le règlement mutualiste de celle-ci.

Encadré 4 : Deux exemples de contrats de prévoyance couvrant les personnels médicaux hospitaliers

Le contrat collectif négocié par l'APPA

L'Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés (APPA) a été constituée en 1980 par des psychiatres hospitaliers pour offrir des solutions de protection sociale complémentaire aux médecins des établissements de santé. Elle compte aujourd'hui environ 11 000 adhérents.

Le premier objectif de l'APPA a été de bâtir une offre de prévoyance répondant aux besoins des praticiens des hôpitaux, non couverts par le CGOS ni par une prévoyance d'entreprise, avec des règles statutaires de maintien de rémunération ne prenant pas en compte les primes et indemnités (gardes et astreintes notamment) mais seulement les émoluments. Elle a ainsi négocié avec un assureur un contrat de prévoyance intégrant des garanties ITT et rentes d'invalidité (versées jusqu'à la mise à la retraite) prenant en compte les rémunérations hospitalières annexes, avec le choix du niveau de couverture par l'adhérent¹⁰⁵. Des garanties complémentaires (capitales décès et perte totale et irréversible d'autonomie, rente éducation, rente enfant handicapé) sont proposées ainsi qu'une complémentaire santé. L'APPA a également conçu une offre dédiée aux internes des hôpitaux.

L'offre de prévoyance de la MACSF pour les médecins hospitaliers

La Mutuelle d'assurance du corps de santé français MACSF est une société d'assurance mutuelle créée par des professionnels de santé et visant à couvrir tous les domaines de l'activité professionnelle et privée : responsabilité civile professionnelle, habitation, véhicules, retraite, santé et prévoyance.

En prévoyance, le « plan de prévoyance des hospitaliers » est destiné spécifiquement à la protection des médecins hospitaliers et des internes. Il offre une garantie ITT optionnelle complétant les garanties statutaires ou les IJSS sous forme d'une indemnité mensuelle de revenu permettant de garantir 100 % des émoluments hospitaliers (la cotisation étant calée sur le revenu brut déclaré), la prestation étant différentielle (déduction de la part de rémunération maintenue ou des IJSS). La garantie est maintenue en cas de passage en invalidité, jusqu'à la liquidation des droits à la retraite et au plus à l'âge légal d'attribution de la retraite à taux plein. Les adhérents peuvent également souscrire une « option gardes » couvrant, par une indemnité forfaitaire destinée à couvrir l'indemnité de sujétion spéciale ainsi que la rémunération des gardes et astreintes et du temps de travail additionnel, versée pendant une durée maximale de 18 mois. Le plan de prévoyance inclut aussi un capital décès-perte totale et irréversible d'autonomie et des garanties rentes de conjoint et rente éducation, l'adhérent devant obligatoirement souscrire au moins l'une de ces garanties pour lesquelles il choisit librement le niveau des prestations.

A noter que la MACSF propose également en option du contrat santé, pour les personnels non médicaux, une allocation complémentaire forfaitaire venant prendre le relais de la prestation maladie du CGOS, pendant une période maximale de 9 mois.

Source : APPA et MACSF

¹⁰⁵ Le montant des primes et indemnités est pris en compte à hauteur de 6 000€ à 18 000 € par an dans le contrat « APPA » et jusqu'à 60 000 € par an dans le contrat « APPA+ ». Un contrat complémentaire « exercice libéral » permet de couvrir les revenus tirés de cette activité.

Encadré 5 : Données relatives à la diffusion des garanties de prévoyance (Données non communicables - articles L311-6 et L311-7 du code des relations entre le public et l'administration)



3 LES VOIES D'UNE EVOLUTION DES DISPOSITIFS SPECIFIQUES ET DE LA MISE EN PLACE D'UNE PARTICIPATION DES ETABLISSEMENTS A LA PSC DE LEURS AGENTS APPARAISSENT ETROITES

3.1 Les positions divergentes des organisations syndicales et les contraintes de gestion des établissements s'opposent à une remise en cause profonde et uniforme des dispositifs existants

3.1.1 Les syndicats sont divisés sur l'avenir des dispositifs spécifiques mais convergent sur le maintien voire l'augmentation des contributions des employeurs

[161] La mission a rencontré les organisations syndicales représentatives de la fonction publique. Quatre des délégations reçues comportaient des représentants de la FPH qui se sont exprimés sur les dispositifs spécifiques à ce versant. Elle a également pu échanger avec des représentants de deux organisations syndicales de personnels médicaux hospitaliers¹⁰⁶.

[162] Sur le dispositif des soins gratuits, si l'ensemble des organisations qui se sont exprimées formulent le constat commun d'une application de plus en plus résiduelle et disparate, elles n'en tirent pas les mêmes conclusions :

- trois organisations demandent la relance du dispositif, par une instruction ministérielle aux établissements, et son élargissement au bénéfice des contractuels et des retraités. Elles soulignent que la qualification des prestations délivrées dans ce cadre d'avantages en nature est utilisée par les directions pour dissuader les agents de demander le bénéfice des soins gratuits et demande de rappeler la règle énoncée en 2004 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale écartant cette qualification pour les agents ayant souscrit une couverture complémentaire ;

¹⁰⁶ La Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH) et l'Inter syndicat de praticiens hospitaliers de France (INPH). Trois autres organisations contactées n'ont pas répondu aux demandes d'entretien de la mission.

- une organisation se déclare en revanche favorable au remplacement du dispositif par une participation obligatoire des établissements à la complémentaire santé de leurs agents, identique à celle des employeurs privés soit au minimum de 50 %.

[163] Sur la prestation maladie du CGOS, les organisations syndicales sont également partagées sur son maintien dans le cadre de la gestion de l'action sociale : trois organisations sont favorables au *statu quo* et une autre n'est pas opposée à transférer sa gestion à un organisme complémentaire, au sein d'une couverture prévoyance à construire. Mais les quatre organisations qui se sont exprimées convergent pour reconnaître le caractère nécessaire d'un dispositif de protection contre l'incapacité temporaire et sur le maintien dans les ressources des établissements des moyens financiers aujourd'hui consacrés à cette prestation.

3.1.2 Les directions d'établissements identifient bien l'intérêt de faire de la PSC un sujet de dialogue social et un élément d'attractivité mais craignent de ne pouvoir y consacrer les moyens financiers nécessaires

[164] Les directions des établissements interrogées par la mission dans le cadre de son enquête et qui se sont exprimées sur l'avenir des dispositifs spécifiques (25 réponses) expriment des positions diverses qui peuvent être résumées ainsi :

- deux établissements n'ont pas d'avis arrêté sur le maintien de ces dispositifs ou leur évolution ;
- deux autres sont favorables au maintien des dispositifs existants ;
- les autres établissements (21) constatent tous que le dispositif des soins gratuits n'est pas satisfaisant, même lorsqu'ils l'appliquent, notamment parce qu'il ne concerne pas tous les personnels, serait coûteux pour les établissements et peu avantageux pour les agents du fait de l'obligation de déclaration d'avantage en nature ;
- en revanche, neuf établissements parmi eux sont en faveur du maintien de la prestation maladie du CGOS qu'ils jugent utile pour les agents, même si certains s'interrogent sur son effet désincitatif à la reprise d'activité (cf. *supra*) et si certains proposent de faire évoluer la prestation ;
- dix établissements se disent favorables à une évolution visant à remplacer les deux dispositifs par une participation au financement d'un dispositif de protection sociale complémentaire. Deux arguments notamment sont évoqués à l'appui de cette position par certains d'entre eux : l'ouverture aux différentes catégories de personnels (incluant contractuels et médecins) et le renforcement de l'attractivité des établissements publics de santé. Sept d'entre eux conditionnent toutefois expressément une telle évolution à la disponibilité de ressources financières, soit par attribution de crédits supplémentaires, soit par redéploiement de leur contribution au financement de la prestation maladie du CGOS.

[165] L'ensemble des directions d'établissements constate par ailleurs que la protection sociale complémentaire n'est pas aujourd'hui un sujet de dialogue social à l'échelon local, les positions exprimées par les organisations syndicales visant principalement au maintien de la prestation maladie du CGOS et, parfois, à la réactivation du dispositif des soins gratuits. Certaines directions indiquent avoir évoqué ce sujet sans trouver d'écho de la part des organisations syndicales.

[166] Certaines des directions qui se prononcent en faveur de l'évolution vers une participation des établissements à la protection sociale complémentaire de leurs agents estiment néanmoins que la définition d'un cadre juridique pour cette participation pourrait permettre d'inscrire ce sujet dans le dialogue social local, à condition que des marges de négociation soient réservées à l'échelon local.

3.2 Compte tenu des marges de manœuvre disponibles et de l'application diverse des dispositifs existants entre établissements, plusieurs évolutions peuvent être envisagées afin de laisser davantage de souplesse aux établissements, dans le cadre de leur dialogue social

[167] En préambule, il convient de souligner que la protection sociale complémentaire ne ressort pas comme un sujet de préoccupation prioritaire en matière de ressources humaines au sein des établissements accueillant des agents de la FPH. Il apparaît ainsi moins important que :

- les niveaux des rémunérations, mis en avant pour expliquer le manque d'attractivité des emplois hospitaliers publics, notamment pour les personnels médicaux et certaines catégories de personnels soignants. Cette question recouvre aussi, pour les catégories aux rémunérations les plus faibles, celle de l'accessibilité des couvertures complémentaires en matière de santé ou de prévoyance et des priorités en termes de revendications salariales et sociales qui ne portent pas nécessairement sur l'accès à une telle couverture ;
- le niveau des pensions de retraites ;
- l'amélioration de la qualité de vie au travail, difficilement conciliable avec les contraintes de maîtrise de la charge salariale pesant sur les établissements (via les réductions des effectifs notamment).

[168] Il n'appartenait pas à la mission d'approfondir ces différents sujets sur lesquels elle n'était pas mandatée. Il convient toutefois de noter qu'elle n'a pas pu obtenir d'éléments chiffrés satisfaisants permettant d'étayer telle ou telle affirmation mais a noté des propos contradictoires sur les niveaux de rémunérations dans les différents secteurs. Une étude comparée des conditions d'emploi (incluant les niveaux de rémunérations et les avantages annexes comme la protection complémentaire) des personnels employés dans les établissements de santé et les ESMS dans le privé et dans le public permettrait de remettre en perspective le degré de priorité de réforme de la protection sociale complémentaire dans la FPH.

[169] Néanmoins, ce constat mérite d'être nuancé s'agissant de la prévoyance, puisque les risques d'incapacité et d'invalidité peuvent être à l'origine de situations de précarité pour l'ensemble des agents hospitaliers, ce que plusieurs personnes rencontrées ont souligné.

[170] Compte tenu du niveau de priorité accordé à ce sujet, la mission a construit des scénarios de réforme de la protection sociale complémentaire pour les agents hospitaliers financés par redéploiement des dispositifs existants, pour ne pas obérer les marges de manœuvre éventuelles pouvant être dégagées pour les autres sujets jugés plus prioritaires par les parties prenantes.

3.2.1 Les marges de manœuvre disponibles offrent des possibilités limitées de redéploiement sur le financement d'un nouveau dispositif de PSC

[171] Compte tenu du niveau de priorité accordé au sujet de la protection sociale complémentaire au sein des établissements, la détermination des marges de manœuvre disponibles permet de dimensionner les scénarios proposés par la mission :

- S'agissant du dispositif de soins gratuits, la mission estime qu'il représente actuellement environ 8,5 M€ dont 6 M€ pour l'AP-HP et 2,5 M€ pour les autres établissements ;
- Concernant la « prestation maladie » du CGOS, elle représente 96 M€ en 2018, l'AP-HP n'étant pas concernée par ce dispositif.

[172] La mission n'a pas retenu l'hypothèse d'un abondement du sous-objectif « établissements de santé » de l'ONDAM pour financer la participation des établissements de la FPH à la protection sociale complémentaire de leurs agents pour trois raisons principales ;

- la construction « descendante » de l'ONDAM consistant à déterminer d'abord un objectif global en fonction des perspectives des finances publiques et à décliner les marges financières qui en résultent par secteur, puis par mesures nouvelles pouvant être financées : compte tenu du faible niveau de priorité de la PSC par rapport à d'autres objectifs et contraintes, la mission n'estime pas envisageable de demander au secteur de financer une mesure nouvelle dans ce domaine en réduisant les financements alloués à d'autres objectifs ou par des économies supplémentaires ;
- la différence de traitement par rapport au secteur privé, non lucratif et commercial, qui a financé historiquement la prévoyance et la généralisation de la complémentaire santé sans financement dédié ;
- le caractère partiel du financement par l'ONDAM pour les ESMS imposant de trouver des ressources complémentaires pour financer cette participation : à titre d'exemple, l'ONDAM ne finance dans les EHPAD que les rémunérations des personnels soignants (IDE et aides-soignants mais pas les ASH) et une partie de la dépense devrait être financée par les tarifs d'hébergement payés par les résidents.

[173] Dans l'hypothèse de leur redéploiement total vers une participation à un dispositif de PSC ouvert à l'ensemble des 1,2 millions d'agents des établissements visés à l'article 2 de la loi de 1986, personnels médicaux et contractuels compris, ces ressources pourraient représenter jusqu'à 85 € par an et par agent, montant relativement significatif par rapport aux niveaux de participation constatés dans la FPE (participation de 12 euros par an et par agent en moyenne prévue dans le cadre du deuxième référencement). Toutefois, au regard de l'importance accordée à la « prestation maladie » du CGOS et de la nécessité de maintenir une continuité dans la protection des agents sur le risque de perte de rémunération en cas d'incapacité ou d'invalidité, **la mission préconise de prioriser le montant de 96 M€ pour la couverture de ces risques, et ce, quel que soit le scénario retenu.**

[174] S'agissant de la participation aux frais de soins, les résultats obtenus au travers de l'étude de l'IRDES ou de l'enquête menée par la mission, tendent à montrer qu'il n'existe pas de problématique spécifique à la FPH et que la perception des garanties complémentaires santé est assez proche des autres agents de la fonction publique. Néanmoins, si le taux de renoncement aux soins déclaré est comparable à celui observé pour l'ensemble des fonctionnaires ou les agents en CDI du secteur privé, le niveau atteint (i.e. 22 %) interroge sur la faible application du dispositif des soins gratuits qui devrait en théorie, au moins pour les soins pouvant être réalisés dans les établissements de santé, réduire le renoncement au soins.

3.2.2 La définition d'un nouveau dispositif de PSC doit prendre appui sur les dispositifs existants, et une meilleure connaissance des besoins et attentes des agents exerçant au sein des établissements

[175] Compte tenu des marges de manœuvre disponibles et de la diversité des pratiques constatées au sein des établissements (en particulier, en matière de soins gratuits), la mission propose plusieurs recommandations visant à faciliter la transition avec les dispositifs existants, que ce soit en matière de soins gratuits ou de prestation maladie du CGOS mais aussi à concilier les objectifs suivants :

- accroître les marges de manœuvre des établissements dans l'application des dispositifs existants (i.e. gratuité des soins et prestation maladie du CGOS) et dans la mise en œuvre d'une protection sociale complémentaire, le dispositif retenu devant faire l'objet d'une négociation préalable avec les organisations locales afin d'aboutir à un accord local ;
- préserver une équité entre agents au sein d'un même établissement (quel que soit leur statut), ou entre agents de différents établissements.

[176] Il convient toutefois de noter que, plus les marges de manœuvre laissées aux établissements sont grandes dans la définition de leur modèle de protection sociale, plus le risque de voir émerger un système à plusieurs vitesses est élevé. En particulier, plusieurs personnes rencontrées ont souligné le risque de rendre encore moins attractifs les établissements se trouvant dans une situation financière difficile.

[177] Par ailleurs, la mission estime important que le sujet de la protection sociale complémentaire fasse l'objet de négociations avec les organisations syndicales au sein des établissements, ne serait-ce que pour déterminer le niveau de priorité de ce sujet par rapport à d'autres thèmes de discussion. La mission voit un intérêt particulier à ce que ces négociations soient conduites au niveau des groupements hospitaliers de territoire (GHT), afin d'obtenir une échelle de mutualisation plus large en matière de PSC et d'éviter des disparités entre établissements au sein d'un même groupement, qui ne pourraient qu'être préjudiciables aux plus petits¹⁰⁷.

Recommandation n°1 : Faire de la protection sociale complémentaire un objet de négociation avec les organisations syndicales

[178] Par ailleurs, la mise en place d'un système de protection sociale complémentaire pose également la question délicate de la répartition de son financement entre l'employeur et les agents alors que ces derniers ne participent que très peu au financement de la couverture des soins (via l'assujettissement des soins gratuits au régime social et fiscal des avantages en nature), et bénéficient de la prestation maladie du CGOS sans participation financière (qui est apportée exclusivement par l'employeur). La négociation avec les organisations syndicales pourrait ainsi porter sur la modulation de la participation de l'employeur, au bénéfice des agents aux revenus modestes, selon des critères à définir avec les organisations syndicales, soit directement au niveau local, soit après un accord cadre national. De même l'amélioration globale des prestations par rapport aux dispositifs actuels pourrait être obtenue par l'instauration d'une participation salariale.

Recommandation n°2 : Renvoyer aux négociations avec les organisations syndicales la définition du niveau de participation financière des agents à la protection sociale complémentaire, le cas échéant en modulant celle-ci selon le niveau de revenu

3.2.2.1 Les dispositions législatives actuelles sur les soins gratuits, dont la suppression présenterait un risque élevé eu égard à son faible coût pour les établissements, mériteraient d'être adaptées aux pratiques observées

[179] Compte tenu de la symbolique forte du dispositif de soins gratuits et du montant de dépenses modeste que cela représente pour la plupart des établissements, la mission préconise le maintien du dispositif, tout en l'aménageant juridiquement.

[180] En effet, bien que plusieurs établissements aient souligné le caractère peu adapté du dispositif aux besoins des agents, sa suppression nécessiterait, en substitution, la mise en place d'un

¹⁰⁷ voir recommandation 7 *infra*.

ystème de protection sociale complémentaire pour la couverture des frais de santé, qu'il ne serait pas possible de financer par redéploiement des seules dépenses de soins gratuits. Du reste, l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, qui prévoit la généralisation de la complémentaire santé obligatoire à tous les salariés du privé assortie d'un financement de l'employeur à hauteur de 50 % au minimum, crée des attentes de la part des agents exerçant au sein des établissements de santé ou ESMS publics, et ce d'autant, qu'ils comparent leur situation salariale avec celles des agents exerçant dans les établissements du secteur privé. A titre de comparaison, les établissements adhérant à la FEHAP financent à hauteur d'environ 190€ par an et par agent la couverture santé complémentaire de leurs agents (cf. encadré n°5). Ainsi, **si le même accord était appliqué à tous les personnels de l'ensemble des établissements visés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, cela représenterait une dépense de l'ordre de 235 M€¹⁰⁸.**

¹⁰⁸ 190€ * 1 229 795 agents (cf. tableau 1) = 233 661 050€

Encadré 6 : Les régimes de protection sociale complémentaire mis en place par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

La FEHAP est une fédération d'établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux privés à but non lucratif. Elle réunit plus de 1 600 associations, fondations, mutuelles gérant environ 4 700 établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, comptant 280 000 salariés. Elle est la fédération employeur signataire d'une convention collective nationale du 31 octobre 1951, dite « CCN 51 » s'appliquant aux salariés des établissements dont les personnes morales gestionnaires adhèrent à la fédération. Les établissements de la FEHAP sont financés selon les mêmes modalités que les établissements publics sanitaires et médico-sociaux et donc avec les mêmes contraintes d'encadrement de leurs ressources.

Les accords collectifs signés par la FEHAP définissent des garanties relevant de la protection sociale complémentaire qui s'appliquent selon des modalités différentes en matière de prévoyance et de complémentaire santé.

En matière **de prévoyance**, la CCN 51 définit dans son titre 13 des garanties :

- en cas d'incapacité temporaire de travail, la CCN prévoit le versement d'indemnités complémentaires aux IJSS pendant une période maximale de 6 mois (non cadres) ou 12 mois (cadres) ou jusqu'à l'épuisement du droit aux IJSS (salariés en affection de longue durée). Ces indemnités permettent le maintien du salaire net (pendant 6 mois maximum pour les cadres, les indemnités versées ensuite visant le maintien d'un demi-traitement). Seuls les salariés comptant au moins 12 mois de travail effectif dans l'établissement en bénéficient ;

- en cas d'invalidité reconnue par la sécurité sociale, les salariés reçoivent une rente complémentaire leur assurant 50 % du salaire brut en invalidité de première catégorie et 80 % en invalidité de deuxième ou troisième catégorie ;

- en cas de décès du salarié (ou d'invalidité de 3^{ème} catégorie), un capital décès est versé aux ayants droit (ou au salarié en invalidité de 3^{ème} catégorie) dont le montant dépend de la situation de famille du salarié (par exemple, 100 % du salaire annuel net pour un salarié marié ou vivant maritalement, majoré de 25 % par enfant à charge ;

- les garanties ITT sont financées entièrement par l'employeur et les garanties invalidité et décès à parité entre l'employeur et le salarié. Un des organismes assureurs de ce régime applique par exemple un taux de cotisation de 2,8 % sur la tranche A (inférieure au plafond de sécurité sociale) du salaire et de 5,08 % au-delà avec la répartition suivante : TA : 0,6 % pour le salarié et 2,2 % pour l'employeur ; TB : 0,92 % pour le salarié et 4,15 % pour l'employeur. Pour les cadres (au sens de la convention AGIRC), une cotisation à la charge exclusive de l'employeur, égale à 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond de la sécurité sociale finance en outre un régime surcomplémentaire comportant des garanties décès, invalidité, rentes éducation, de conjoint et pour enfant handicapé.

- la mise en œuvre de ce régime est de la responsabilité de chaque employeur qui peut négocier des accords d'entreprise incluant des garanties supplémentaires et choisit l'organisme assureur et détermine les modalités de partage du financement entre lui et l'assureur.

En matière **de complémentaire santé**, un avenant du 27 janvier 2015 généralise la couverture des frais de santé des salariés en application de la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. L'avenant définit un régime de base obligatoire, financé à 50 % par l'employeur et quatre régimes optionnels facultatifs, financés par une cotisation supplémentaire des salariés. Sont concernés tous les agents présents depuis au moins trois mois dans l'établissement.

Les employeurs ont toutefois la faculté de faire de l'un des régimes optionnels le régime obligatoire au sein de l'établissement, par accord collectif ou décision unilatérale, et en ce cas, de participer à son financement au-delà du minimum imposé par l'avenant (50 % de la cotisation à l'option de base). Ils peuvent aussi mettre en place des garanties supplémentaires définies à leur échelle. L'accord définit les montants des cotisations au régime de base et aux régimes optionnels, en distinguant pour ces derniers le cas où les régimes optionnels sont facultatifs ou rendus obligatoires au niveau de l'entreprise (en ce cas la cotisation est inférieure du fait de la mutualisation plus large). Le tarif de la couverture de base obligatoire a été fixé à 0,96 % du plafond de la sécurité sociale, soit 31,79 € par mois en 2018 dont 15,89 € pris en charge par l'établissement employeur (190,74 € par an et par salarié).

La FEHAP a référencé quatre organismes complémentaires, sélectionnés après appel d'offres, pour gérer la complémentaire santé (puis trois depuis 2018). Les employeurs peuvent choisir l'une des organismes référencés, ce qui leur garantit une cotisations inférieure ou égale à celle fixée par l'avenant (avec la possibilité de négocier un tarif inférieur pour les garanties optionnelles) ou retenir un autre organisme, auquel cas il doit négocier les tarifs.

Le choix de la fédération de définir précisément les niveaux de garanties, de référencer des organismes complémentaires et de négocier avec eux les niveaux de cotisation vise à accompagner les adhérents dans la mise en œuvre de leurs obligations légales et à réaliser une large mutualisation des risques pour réduire le coût de la couverture complémentaire, en limitant la concurrence entre établissements sur les garanties offertes.

Source : *Mission d'après documents communiqués par la FEHAP*

[181] La mission préconise donc de prévoir dans la loi que les établissements négocient un accord local avec les organisations syndicales afin de déterminer, au choix, l'application du dispositif de soins gratuits ou la participation au financement de la couverture santé de ses agents, l'article 44 continuant de s'appliquer *de plano* en l'absence d'accord.

Encadré 7 : Le régime de prévoyance complémentaire mis en place par la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

La FHP est la fédération des établissements de santé commerciaux, née de la fusion de deux fédérations en 2001. Elle rassemble 1 030 cliniques et hôpitaux privés comptant environ 150 000 salariés. Près de 40 000 médecins y exercent, majoritairement à titre libéral. Elle est signataire avec le SYNERPA (Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées) de la Convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002. Les établissements de santé de la FHP sont financés comme les établissements publics de santé par la tarification à l'activité (pour les établissements MCO) mais avec des tarifs d'hospitalisation différents en raison d'un périmètre de charges différent (n'incluant pas notamment les honoraires des médecins libéraux payés directement par l'assurance maladie).

Les modalités de mise en place de la couverture complémentaire collective obligatoire des salariés des établissements de la FHP sont différentes pour la prévoyance et la complémentaire santé.

En matière de **prévoyance**, la CCN du 18 avril 2002 définit dans son titre VIII des garanties de ressources en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente et de décès :

▫ en cas d'incapacité temporaire de travail, la CCN prévoit le versement d'indemnités complémentaires aux IJSS pendant toute la durée de versement de celles-ci (donc jusqu'à 3 ans) permettant aux salariés de conserver 100 % de la rémunération nette qu'ils auraient perçue s'ils avaient travaillé pendant la période d'incapacité de travail (pour les salariés cadres et non cadres des établissements de santé) ;

▫ en cas d'invalidité reconnue par la sécurité sociale, les salariés reçoivent une rente complémentaire leur assurant 50 % du salaire brut en invalidité de première catégorie et 85 % en invalidité de deuxième ou troisième catégorie. Cette rente complémentaire est versée jusqu'à la liquidation de la pension de vieillesse ;

▫ en cas de décès d'un salarié, ses ayants droits ont le choix entre le versement d'un capital égal à 170 % du salaire annuel brut, majoré de 50 % du salaire annuel brut par enfant ayant droit ou le versement d'un capital égal à 85 % du salaire annuel brut de référence majoré d'une rente éducation versée à chaque enfant ayant droit dont le montant augmente avec l'âge de celui-ci. Ces garanties sont également offertes au salarié atteint d'invalidité absolue et définitive (invalidité de 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale).

Ce régime est financé par l'employeur (60 %) et le salarié (40 %) avec une cotisation maximale pour celui-ci de 0,96 % du salaire. La CCN recommandait initialement une liste d'assureurs de ces garanties mais la majorité d'entre eux se sont retirés et la majorité des établissements recourent aujourd'hui à d'autres assureurs (notamment par l'intermédiaire d'un courtier).

En matière de **complémentaire santé**, la Fédération n'a pas signé d'accord et les groupes et établissements ont mis en place de façon autonome les garanties, dans le cadre de loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Participation au financement de la couverture santé des agents

[182] Les établissements de santé pourraient négocier avec les organisations syndicales la mise en place de garanties complémentaires collectives, à adhésion obligatoire ou facultative, en santé, soit en lieu et place de l'application du dispositif de soins gratuits, soit en complément de celui-ci (notamment pour la prise en charge des frais de soins qui ne sont pas assurés par l'établissement tels que les soins dentaires, optique, etc.).

[183] Une alternative à la mise en place d'un contrat collectif en santé pourrait consister à permettre aux établissements de financer la PSC de leurs agents, sur la base de contrats labellisés, selon le modèle existant pour la FPT, mais avec un mécanisme de compensation permettant de préserver la solidarité élargie (comme le préconise le rapport IGF 2018-M-024-02, IGAS 2019-009R, IGA 19013-R).

Aménagement du dispositif de soins gratuits

[184] Dans un souci d'équité, la loi pourrait étendre l'application du dispositif de soins gratuits, pour les établissements choisissant cette option, à l'ensemble des agents de l'établissement, au-delà des agents de la FPH et des praticiens à temps plein (comme le pratiquent d'ores et déjà certains établissements), en prévoyant le cas échéant une quotité minimale de travail et une durée minimale d'exercice des agents contractuels et des personnels médicaux à temps partiel (appréciées dans l'établissement ou d'autres établissements visés à l'article 2 de la loi de 1986 précitée).

[185] Par ailleurs, les dispositions législatives pourraient également être revues afin de sécuriser juridiquement les pratiques des établissements pour ce qui concerne l'articulation du dispositif avec le remboursement des agents au titre de leur assurance complémentaire santé. Ainsi, la loi pourrait être modifiée afin de prévoir que les établissements sont, comme pour les régimes de base, subrogés dans les droits qu'ouvrent les régimes complémentaires en faveur des agents concernés.

Les particularités de l'APHP

[186] Le maintien des dispositifs particuliers appliqués par l'AP-HP soulève des interrogations :

- la différence de traitement entre les agents adhérant aux deux mutuelles conventionnées et ceux adhérant à d'autres mutuelles est contestable, dans la mesure notamment où le choix de ces deux mutuelles n'a pas fait l'objet de mise en concurrence¹⁰⁹ ;
- le régime dérogatoire de l'AP-HP en matière de gestion de l'action sociale, avec un taux de contribution inférieur à celui imposé aux autres établissements, ne s'appuie pas sur une base réglementaire.

[187] La mission estime en conséquence souhaitable que l'AP-HP saisisse l'opportunité qui serait, selon ses préconisations, ouverte à l'ensemble des établissements pour mettre en place par accord local un nouveau dispositif de protection complémentaire. A titre d'exemple, on peut imaginer, à la place de la délégation de gestion des soins gratuits aux deux mutuelles actuelles, le versement d'une participation aux adhérents à l'ensemble des organismes complémentaires santé offrant des garanties répondant à des conditions à déterminer (solidarité intergénérationnelle et familiale, etc.)

[188] La mission estime que si l'ensemble des établissements (hors AP-HP) appliquait, de manière effective le système de soins gratuits, le coût serait d'environ 22 M€¹¹⁰ (au lieu de 2,5 M€) si le périmètre actuel des bénéficiaires était maintenu (agents de la FPH et praticiens hospitaliers à temps plein) et de 30 M€¹¹¹ si le dispositif était élargi à l'ensemble des agents des établissements.

Recommandation n°3 : Prévoir la possibilité d'accords locaux entre employeurs et organisations syndicales afin de déterminer, au choix :

- **l'application du dispositif de soins gratuits, étendu a minima aux contractuels et sécurisé juridiquement au regard des pratiques actuelles par la subrogation de l'employeur dans les droits ouverts auprès des régimes complémentaires ;**
- **ou la participation au financement de la couverture santé des agents.**

¹⁰⁹ L'AP-HP est consciente du risque juridique, les nouvelles conventions signées en avril 2018 n'ayant qu'une durée d'un an renouvelable une fois.

¹¹⁰ La mission a retenu un montant de 25€ par an et par agent (montant correspondant à un établissement appliquant le dispositif des soins gratuits, de la manière la plus proche de ce qui est prévu par les dispositions législatives), qu'elle a appliqué au nombre d'agents éligibles (cf. tableau 1), soit : 25€ * (854 044 fonctionnaires + 39 695 praticiens hospitaliers à temps plein).

¹¹¹ Soit 25€*1 229 795 agents (cf. tableau 1)

3.2.2.2 Le remplacement de la prestation maladie du CGOS par une participation des établissements à l'acquisition d'une couverture prévoyance suppose de clarifier un certain nombre de prérequis

[189] Les constats qui précèdent sur la croissance des dépenses du CGOS liées au service de sa prestation maladie apparaissent préoccupants car révélant une sinistralité croissante parmi les personnels non médicaux des établissements publics de santé et médico-sociaux avec 6,5 % des personnels éligibles au CGOS remplissant chaque année les conditions d'une mise en demi-traitement, c'est-à-dire dépassant trois mois d'arrêt en congé maladie ordinaire, un an en CLM ou 3 ans en CLD.

[190] Le transfert, préconisé par la Cour des comptes, de la gestion de cette prestation sur une couverture de prévoyance des agents, s'il n'est pas nécessaire en droit, appelle pour la mission une réflexion approfondie en opportunité sur la définition de cette couverture et ses modalités de mise en œuvre et de financement.

[191] En premier lieu, la mission estime nécessaire d'approfondir les études et travaux existants (cf. étude de la DREES précitée) sur les causes de cette sinistralité croissante notamment en ce qui concerne les arrêts de longue durée, et les métiers les plus concernés et les moyens de freiner cette progression. Les données disponibles au CGOS fournissent en effet quelques éléments d'appréciation sur l'âge et les niveaux de ressources des agents concernés (cf. *supra* 2.2.1) mais pas sur les facteurs explicatifs de cette situation. L'exploitation des données des enquêtes de la DARES 2016 et 2019 (à venir) sur les conditions de travail, qui incluent, comme l'enquête 2013, un échantillon et un questionnaire spécifiques aux établissements de santé peut en particulier fournir des éléments explicatifs intéressants.

Recommandation n°4 : Approfondir les travaux existants notamment sur l'identification des facteurs explicatifs de la croissance du nombre d'agents cumulant des arrêts maladie de longue durée et sur les actions de prévention spécifiques susceptibles d'être engagées.

[192] En deuxième lieu, la construction d'une couverture de prévoyance susceptible de remplacer la prestation maladie du CGOS devra opérer des choix sur :

- la population à couvrir et notamment sur l'inclusion ou non des personnels médicaux dans le champ ;
- le niveau minimal des garanties à instaurer (taux global de maintien de la rémunération), avec, éventuellement des garanties optionnelles permettant d'améliorer ce taux (prise en compte des primes et indemnités par exemple) ;
- la durée d'indemnisation (la plupart des couvertures ITT proposées aux agents des autres fonctions publiques prévoient une durée d'indemnisation au moins égale à celle du maintien du demi-traitement) ;
- le caractère obligatoire ou non de l'adhésion, l'obligation présentant l'avantage d'assurer la mutualisation la plus large (comme c'est le cas aujourd'hui avec le CGOS qui assure une mutualisation sur l'ensemble des personnels non médicaux des établissements adhérents).

[193] En troisième lieu, le financement de cette couverture nécessite de définir le niveau souhaitable de partage entre les salariés et les établissements employeurs, avec éventuellement une modulation de la participation de ceux-ci selon des critères à définir, par exemple en fonction du niveau de rémunération. **Du point de vue des organisations syndicales, il est clair que la transition vers ce nouveau dispositif ne sera acceptable que si les établissements maintiennent leur contribution financière par rapport à celle qu'ils versent au CGOS pour**

financer la prestation maladie, la cotisation des agents permettant alors d'améliorer la couverture (niveau et durée de l'indemnisation). Or le maintien de la contribution des établissements n'est envisageable qu'à la condition que leurs ressources financières ne soient pas affectées par le transfert et donc que les tarifs d'hospitalisation ou les enveloppes MIGAC et DAF ne soient pas réduites à proportion de la baisse de la contribution versée au CGOS.

Recommandation n°5: Si la prestation maladie du CGOS est remplacée par un autre mécanisme, maintenir dans les ressources des établissements la part de leur contribution au CGOS affectée au financement de cette prestation

3.3 Deux scénarios peuvent être envisagés afin d'ouvrir aux établissements, dans un cadre négocié, la possibilité de substituer à la prestation maladie du CGOS une participation à la prévoyance

[194] Quel que soit le scénario retenu, la mission considère important de maintenir une continuité dans la couverture du risque de perte de revenu en cas d'incapacité et d'invalidité.

C'est pourquoi la mission propose deux scénarios gradués en fonction de l'importance relative accordée à l'adaptation du système de protection sociale aux situations locales d'une part ou à la recherche de règles communes aux agents des différents établissements de santé d'autre part.

3.3.1 Un premier scénario consiste à définir au niveau national une prévoyance socle pour l'ensemble des établissements et à leur permettre de participer au financement de garanties supplémentaires

[195] Dans ce premier scénario, **la loi poserait l'obligation, pour l'ensemble des établissements employant des agents de la FPH de mettre en place une prévoyance obligatoire, venant se substituer à la prestation maladie du CGOS.** Cette obligation présente l'avantage de garantir une protection minimale à l'ensemble des agents concernés et de remédier à l'anti-sélection inhérente à ce type de garantie ; en effet, les agents sont peu enclins à souscrire ce type de garantie dès lors qu'ils ne se considèrent pas comme de « mauvais » risques. Elle permet également de faciliter la transition concernant la prestation maladie du CGOS pour les établissements adhérents. Néanmoins, elle nécessiterait de prévoir le financement d'une telle couverture pour les établissements n'adhérant pas actuellement au CGOS, en particulier l'APHP¹¹².

¹¹² En supposant que le dispositif s'applique à tous les personnels de l'AP-HP (personnels médicaux et contractuels compris), une cotisation de 0,4 % de la masse salariale représenterait un coût supplémentaire pour l'AP-HP de 11,4 M€. Dans le cas de cet établissement, le financement pourrait être assuré le cas échéant par redéploiement d'une partie de la couverture en santé aujourd'hui particulièrement étendue.

[196] Dans ce scénario, la loi pourrait définir les caractéristiques minimales de la couverture à mettre en place et laisser des marges de choix au niveau local :

- Le contenu minimal de ces prestations : plusieurs choix étant possibles depuis la reproduction à l'identique des prestations du CGOS jusqu'à la définition d'une couverture proche de ce qu'offrent aujourd'hui les organismes complémentaires en termes de durée d'indemnisation et de montant minimal des garanties. Pourraient aussi être prévues des garanties optionnelles complémentaires, dont la définition pourrait être faite au niveau national ou renvoyée à l'échelon local, notamment pour répondre aux attentes des cadres et personnels médicaux souhaitant un plus haut niveau de garanties et prêts à en assurer eux même le financement ;
- Le seuil de participation des établissements au financement des prestations : celui-ci pourrait par exemple être fixé à 0,4 % de la masse salariale¹¹³ des agents couverts, et le niveau de la cotisation au CGOS diminué à due concurrence pour les établissements concernés. Une alternative consisterait à fixer ce taux à un niveau légèrement inférieur (0.3 % par exemple) afin de laisser davantage de marges de manœuvre aux établissements pour la définition de garanties complémentaires au socle défini nationalement. Une autre option consisterait à ne pas fixer de taux de cotisation minimale mais à fixer les règles de partage de la cotisation entre employeurs et salariés, avec un taux de prise en charge par l'employeur éventuellement dégressif en fonction du niveau de rémunération ou des options choisies ;
- **L'assiette de cotisation, qui concerne uniquement les agents de la FPH actuellement, pourrait être élargie aux professionnels médicaux et aux contractuels afin de couvrir l'ensemble du personnel des établissements.** En effet, la couverture des professionnels médicaux pour les risques d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité constitue un sujet de préoccupation majeur pour les personnes concernées. Néanmoins, compte tenu des différences observées en termes de sinistralité entre les professionnels médicaux et les professionnels non médicaux, il pourrait être envisagé de limiter la couverture obligatoire à un niveau plafond de rémunération et de rendre optionnelles des garanties couvrant les niveaux de rémunérations élevés et les primes et autres éléments de rémunération complémentaires (gardes et astreintes par exemples) assortis de niveaux différents de cotisation afin de rendre ce dispositif plus acceptable pour les professionnels médicaux.

[197] Deux options sont possibles pour le choix de l'organisme assureur :

- un appel d'offres lancé au niveau national pour retenir un ou plusieurs organismes d'assurance pour assurer cette prestation, afin de limiter la charge de gestion sur les établissements et d'assurer une mutualisation nationale du risque et donc des taux de cotisation ;
- le renvoi aux établissements pour la mise en concurrence des organismes. Lourde en gestion pour les établissements, cette option présente l'avantage de différencier les taux de cotisation en fonction de la sinistralité et donc d'inciter les établissements à mettre en œuvre des politiques de prévention.

[198] Une option mixant les deux précédentes pourrait consister à passer un accord cadre national dans lequel les organismes sélectionnés s'engageraient sur des taux de cotisation maximaux et sur les principes de modulation de ces taux en fonction de la sinistralité, chaque établissement négociant ensuite comme dans un « marché subséquent » son taux de cotisation en fonction de sa situation propre (c'est le choix fait par la FEHAP pour la mise en place de la complémentaire santé).

¹¹³ Correspondant au quart de la cotisation actuellement versée au CGOS par les établissements de santé (hors AP-HP) au titre de la prestation maladie

[199] Une partie des réserves du CGOS devrait être affectée au nouveau régime. La création d'un régime de prévoyance complémentaire impliquerait en effet la constitution de provisions techniques, destinées à couvrir ses engagements¹¹⁴. Il n'est pas possible de calculer sans une étude actuarielle le montant précis des provisions nécessaires¹¹⁵. On peut simplement signaler que les provisions techniques des organismes de prévoyance complémentaire représentent en moyenne un peu plus d'un an de prestations¹¹⁶. L'inscription directe d'un socle équivalent à la prestation du CGOS dans des dispositions statutaires constituerait une solution alternative, qui rendrait de prime abord inutile la constitution de telles provisions : mais elle présenterait l'inconvénient de démutualiser le financement, contraignant les établissements à rechercher le cas échéant des mécanismes d'assurance pour couvrir le risque désormais à leur charge directe.

[200] Dans ce scénario, **les établissements auraient en outre la possibilité de négocier, par un accord local, en vue de compléter ce socle national par des garanties complémentaires optionnelles ou une amélioration des garanties incluses dans le socle.**

3.3.2 Un deuxième scénario confierait aux établissements le choix de mettre en place une prévoyance complémentaire après avoir négocié un accord local avec les organisations syndicales

[201] Dans ce scénario, le choix de mettre en place une prévoyance complémentaire serait renvoyé aux négociations entre les employeurs et les organisations syndicales, au sein de chaque établissement. Néanmoins, dès lors qu'un établissement opterait pour la mise en place d'une telle couverture, il devrait définir lui-même le niveau de couverture prévoyance minimal auquel l'ensemble des agents devrait souscrire obligatoirement, et ce, afin de limiter les biais d'anti-sélection induits par la mise en place d'une assurance prévoyance facultative. En l'absence d'accord local, la prestation maladie du CGOS continuerait d'être servie dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui.

[202] Ce scénario, s'il ne permet pas de garantir des règles communes à l'ensemble des agents exerçant au sein des établissements considérés, permet d'adapter le dispositif aux contraintes locales et de laisser les partenaires sociaux définir le niveau de couverture minimal des agents. Ce scénario permet également de tenir compte de l'existant, eu égard en particulier à la situation spécifique de l'AP-HP et des établissements des DOM, qui ne versent pas de prestation maladie comparable à celles

¹¹⁴ En vertu de l'article R. 343-7 du code des assurances, applicable à l'ensemble des organismes de prévoyance complémentaire, un régime servant des prestations d'incapacité temporaire comparables par leur montant et leur durée à celles du CGOS doit notamment faire l'objet :

- d'une provision pour sinistres à payer, qui correspond aux prestations dues au titre des exercices à venir du fait des arrêts de travail en cours, y compris une estimation des arrêts non encore déclarés, et calculées selon des tables statistiques dites lois de maintien en incapacité de travail (cf. les articles R. 143-10 et suivants du règlement de l'Autorité des normes comptables n°2015-11 du 26 novembre 2015 relatif aux comptes annuels des entreprises d'assurance) ;
- d'une provision pour risques croissants, liée à la nature des prestations de prévoyance qui tendent à croître avec l'âge des assurés.

¹¹⁵ On peut estimer schématiquement le minimum des provisions à constituer à 2,5 mois de prestations : à la fin de chaque exercice, les arrêts en cours d'indemnisation par le CGOS (pour lesquels les versements ont commencé entre le 1er août et le 31 décembre, compte tenu de la durée maximale de 5 mois) peuvent en effet donner lieu en moyenne à 2,5 mois de prestations au début de l'exercice suivant ; tous les arrêts n'iront pas jusqu'à la durée maximale, mais certains pourront donner lieu à une reprise d'indemnisation (au titre de congés longs).

¹¹⁶ Faute de données spécifiques sur les indemnités journalières complémentaires, on peut se référer aux données plus générales concernant les institutions de prévoyance et les mutuelles pratiquant à la fois des opérations santé (pour lesquelles le besoin de provisionnement est plus limité), incapacité et invalidité (pour lesquelles le besoin de provisionnement est plus important). D'après le rapport 2017 de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, ces organismes servaient en 2016 28,3 MdE de prestations et détenaient à ce titre 32 MdE de provisions techniques.

du CGOS. De ce point de vue, ce deuxième scénario permet de faciliter la transition entre la situation actuelle et le premier scénario qui pourrait constituer une cible à atteindre à plus long terme.

Recommandation n°6 : Favoriser l'évolution de la prestation maladie du CGOS vers un dispositif de prévoyance complémentaire, suivant deux scénarios alternatifs (ou le cas échéant successifs) :

- laisser aux établissements le choix de mettre en place une PSC à adhésion obligatoire ;
- définir au niveau national une protection sociale socle pour l'ensemble des établissements et leur permettre de participer au financement de garanties supplémentaires.

3.4 Dans tous les cas où l'échelon local aura à intervenir, la mission préconise de privilégier le niveau du GHT

[203] Plusieurs des recommandations et scénarios présentés prévoient de confier à l'échelon local des décisions relatives à la mise en place de dispositifs de protection sociale complémentaire : choix entre réactivation des soins gratuits et participation à une complémentaire santé, décision ne relevant pas du socle national de prévoyance ou le complétant dans le scénario 1, mise en œuvre du scénario 2.

[204] La mission considère que la technicité du domaine incite à privilégier le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) pour la mise en œuvre de ces compétences, qui recouvrent en pratique deux dimensions différentes : la négociation sociale et la négociation avec les organismes complémentaires, après mise en concurrence. Ces compétences ne font pas partie aujourd'hui de celles confiées obligatoirement au GHT, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé adopté en commission mixte paritaire réservant l'extension des compétences obligatoires des GHT à celles nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie médicale commune.

[205] La contractualisation avec un organisme complémentaire, telle qu'elle est prévue dans les deux autres fonctions publiques, même si elle requiert une mise en concurrence similaire à celle préalable à la passation de marchés publics, ne constitue pas un achat de prestations (ce sont les agents qui acquittent les cotisations) et ne relève donc pas de la compétence dévolue à l'établissement support auquel est déléguée la fonction achats des établissements du groupement¹¹⁷. Toutefois, dans l'hypothèse de la mise en place d'une couverture collective à adhésion obligatoire, le contrat, répondant directement à une commande de l'employeur, pourrait s'analyser comme une commande publique relevant donc de la compétence du GHT sur les achats.

[206] La mission estime en tout cas souhaitable de mutualiser la préparation des négociations avec les organisations syndicales, la préparation des cahiers des charges et les procédures de mise en concurrence des organismes complémentaires. Si préciser la loi sur ce point était jugé inopportun, il conviendrait à tout le moins de s'appuyer sur les possibilités d'exercice par l'établissement support, sur délégation des autres établissements, « des activités administratives, logistiques, techniques... »¹¹⁸ pour inciter les établissements membres des GHT à cette mutualisation. Il serait logique que la négociation et le choix de l'organisme complémentaire soient également centralisés

¹¹⁷ En revanche, le recours à un actuaire conseil relève de la compétence achat de l'établissement support prévue au 3° du I de l'article L6132-3 du code de la santé publique.

¹¹⁸ II de l'article L6132-3 du code de la santé publique.

au niveau de l'établissement support, quitte à ce que chaque membre du GHT dispose d'une marge de choix dans le niveau des garanties.

Recommandation n°7: Mutualiser au sein des GHT les fonctions nécessaires à la préparation des accords relatifs à la protection sociale complémentaire des agents et à leur mise en œuvre.

Delphine CHAUMEL

Vincent LIDSKY

Laurent GRATIEUX

Franck LE MORVAN

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
1	Faire de la protection sociale complémentaire un objet de négociation avec les organisations syndicales		DGOS	2019
2	Renvoyer au niveau des négociations locales avec les organisations syndicales la définition du niveau de participation financière des agents à la protection sociale complémentaire, le cas échéant en modulant celle-ci selon le niveau de revenu		DGOS	2020
3	Prévoir la possibilité d'accords locaux entre employeurs et organisations syndicales, de préférence au niveau des GHT, afin de déterminer, au choix : <ul style="list-style-type: none"> - l'application du dispositif de soins gratuits, étendu a minima aux contractuels et sécurisé juridiquement au regard des pratiques actuelles ; - ou, la participation au financement de la couverture santé des agents. 	1	DGOS	2020
4	Approfondir les travaux existants notamment sur l'identification des facteurs explicatifs de la croissance du nombre d'agents cumulant des arrêts maladie de longue durée et les actions de prévention spécifiques susceptibles d'être engagées.	1	DGOS, avec l'appui de la DREES et de la DARES	2019
5	Si la prestation maladie du CGOS est remplacée par un autre mécanisme, maintenir dans les ressources des établissements la part de leur contribution au CGOS affectée au financement de cette prestation	1	Ministères chargés de la santé et des comptes publics	2019
6	Favoriser l'évolution de la prestation maladie du CGOS vers un dispositif de prévoyance complémentaire, suivant deux scénarios alternatifs (ou le cas échéant successifs) : <ul style="list-style-type: none"> - définir au niveau national une prévoyance socle pour l'ensemble des établissements et leur permettre de participer au financement de garanties supplémentaires ; - laisser aux établissements le choix de mettre en place une prévoyance à adhésion obligatoire. 	1	DGOS	2020
7	Mutualiser au sein des GHT les fonctions nécessaires à la préparation des accords relatifs à la protection sociale complémentaire des agents et à leur mise en œuvre.	1	DGOS et EPS	2020

LETTRE DE MISSION

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1 CABINETS

1.1 Cabinet de la ministre des solidarités et de la santé

M. Raymond Le Moign, directeur du cabinet

Mme Marie Daudé, directrice-adjointe du cabinet

1.2 Cabinet du ministre de l'action et des comptes publics

M. Alexandre Brugère, conseiller fonction publique

1.3 Cabinet du secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics

Mme Caroline Krykwinski, directrice adjointe du cabinet

2 MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

2.1 Direction générale d'offre de soins

Mme Cécile Courrèges, directrice générale

M. Mathias Albertone, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Mme Maud Soulier, adjointe au sous-directeur

M. Alexandre Fournier, adjoint au chef du bureau organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3)

Mme Justine Courtecuisse, chargée de mission, bureau RH3

Mme Gaëlle Kuster-Malaquin, adjointe à la cheffe du bureau de l'efficacité des établissements de santé publics et privé, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF1) (entretien téléphonique).

2.2 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Mme Mathilde Gaini, adjointe à la sous-directrice « observation de la santé et de l'assurance maladie » (OSAM)

Mme Catherine Pollak, chef du bureau « assurance maladie et études sur les dépenses de santé »

M. Jean-Cyprien Héam, chef du bureau d'analyse des comptes sociaux

Mme Raphaële Adjerad, adjointe au chef du bureau

2.3 Direction de la sécurité sociale

M. Jean-Luc Matt, sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire

Mme Julie Pougheon, adjointes au sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Mme Sarah Sauneron, chef du bureau « accès aux soins et prestations de santé », sous-direction accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail

Mme Marie Marcel, adjointe au chef du bureau « régimes professionnels de retraite et institutions de protection complémentaire »

Mme Virginie Doublet, chargée de mission, bureau des régimes professionnels de retraite et des institutions de protection sociale complémentaire

2.4 Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Mme Anne-Marie Brocas, présidente

3 MINISTERE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

3.1 Direction générale de l'administration et de la fonction publique

M. Thierry Le Goff, directeur général

M. Pierre Cand, directeur de cabinet

Mme Élodie Fourcade, sous-directrice des politiques sociales et de la qualité de vie au travail

M. Emmanuel Savarin, chef du bureau de la protection sociale et des retraités

M. Julien Combot, adjoint au chef du bureau

Mme Alexandra Duris, chargée de mission

4 COUR DES COMPTES

Mme Céline Prévost-Mouttalib, conseillère référendaire

5 INSTITUT DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

M. Denis Raynaud, directeur

M. Marc Perronnin, maître de recherche

Mme Aurélie Pierre, chargée de recherche

M. Thierry Rochereau, maître de recherche

6 FEDERATIONS ET ASSOCIATIONS D'ETABLISSEMENTS DE SANTE

6.1 Fédération hospitalière de France (FHF)

Mme Marie Houssel, responsable du pôle ressources humaines hospitalières

Mme Amélie Roux, adjointe

Mme Marie-Noëlle Gérain-Breuzard, directrice générale du CGRU de Tours, Présidente de la commission Ressources humaine de la conférence des directeurs généraux de CHU

6.2 Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Mme Sylvie Amzaleg, directrice des relations au travail

Mme Laetitia Tibourdine, chargée de mission

6.3 Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

M. Michel Ballereau, délégué général (entretien téléphonique)

Mme Fabienne Séguenot, directrice des relations sociales et des ressources humaines (entretien téléphonique)

6.4 Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux

M. Matthieu Girier, président, directeur des ressources humaines du Centre hospitalier intercommunal de Créteil

7 ETABLISSEMENTS DE SANTE

7.1 Assistance publique-Hôpitaux de Paris

M. Sylvain Ducroz, directeur des ressources humaines

M. Emmanuel Raison, adjoint au DRH

M. Eric Simon, chef du Département contrôle de gestion et prévisions

M. Eric Chollet, chef du Département de la gestion des personnels

7.2 Hospices civils de Lyon

Mme Marie-Odile Reynaud, directrice du personnel et des affaires sociales (entretien téléphonique)

Mme Laurence Caille, directrice adjointe à la direction des affaires financières (entretien téléphonique)

7.3 Centre Hospitalier de Valenciennes

Mme Anne-Claude Gritton, directrice des ressources humaines (entretien téléphonique)

M. Ludovic Plumecoq, Direction des ressources humaines-contrôle de gestion (entretien téléphonique)

7.4 Centre Hospitalier Régional d'Orléans

Mme Sandy Transon, directrice des ressources humaines adjointe (entretien téléphonique)

8 ORGANISATIONS SYNDICALES

8.1 Confédération générale du travail

M. Christophe Delecourt, Union fédérale des syndicats de l'État

Mme Tedjina-Teddy Louafia, fédération des services publics-FPT

M. Patrick Bourdillon, représentant au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

M. Fabrice Bouquet, fédération nationale équipement-environnement

M. Didier Louvet, secrétaire général de l'union fédérale des retraités des services publics

8.2 Confédération française démocratique du travail

M. François Jaboeuf, secrétaire général adjoint de la CFDT Fonctions publiques

M. Martial Crance, secrétaire général adjoint de la CFDT Fonctions publiques

Mme Nadine Brucher, représentante de la CFDT à la CNRACL

M. Cyrille Bellanger, Fédération santé-sociaux

8.3 Force ouvrière

M. Christian Grolier, FGF-FO

M. Thierry Iva, FGF-FO

M. Luc Delrue, branche santé de la FSPS-FO

M. Guy Charré, branche santé de la FSPS-FO

M. Jacques Bride, branche territoriale de la FSPS-FO

Mme Rachel Messousse, branche territoriale de la FSPS-FO

8.4 Union nationale des syndicats autonomes

M. Luc Farré, secrétaire général Unsa fonction publique

Mme. Claudine Rondeau, conseillère nationale Unsa fonction publique

M. Joël Péhau, secrétaire national du syndicat des enseignants

8.5 Fédération syndicale unitaire

M. Hervé Moreau, SNES-FSU

M. Jean-Luc Pirenet

8.6 Union syndicale Solidaires

Contribution écrite

8.7 Fédération autonome de la fonction publique

M. Bruno Collignon, président de la FA-FP et de la FA-FPT

Mme. Caroline Charruyer, vice-présidente de la FA-FPT

M. Pascal Carretey, secrétaire général adjoint de la FA-FPH

M. Amar Ammour, secrétaire général de la FA-FPE, secrétaire général adjoint de la FA-FP

M. Pascal Kessler, secrétaire général de la FA-FPT

8.8 Confédération générale des cadres

M. Loïc Fanouillère, vice-président de la Fédération des services publics

Mme Rose Guichard, déléguée nationale suppléante au CIAS pour la CFE-CGC

M. Michel Paillard, délégué national titulaire au CIAS pour la CFE-CGC

M. Richard Dadouche, secrétaire national social, santé et sécurité au travail pour le syndicat SNAPATSI.

8.9 Confédération française des travailleurs chrétiens

M. Guy François, secrétaire Général du SNASS-CFTC

M. Jacques Vannet, fédération nationale des agents des collectivités territoriales

8.10 Confédération des praticiens des hôpitaux

M. Jacques Trévidic (entretien téléphonique)

8.11 Inter syndicat de praticiens hospitaliers de France

Dr Alain JACOB. Délégué général

9 ORGANISMES COMPLEMENTAIRES ET FEDERATIONS, ASSOCIATIONS SOUSCRIPTRICES ET COURTIERES

9.1 Mutualité française

M. Albert Lautman, directeur général

Mme Marianne Bye, responsable de département

9.2 Mutuelle nationale hospitalière (MNH)

M. Gérard Vuidepot, président

M. Sylvain Chapuis, directeur général

M. Luc Gibour, directeur général adjoint – univers assurance

Mme Sophie Bury, directrice générale adjointe – univers assurance

M. Sébastien Delorme, directeur général adjoint aux affaires institutionnelles et sociales.

9.3 Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF)

M. Luc Romanillos, Directeur Produits/Partenariats/Conseil et Souscription

Mme Nathalie Mitrevitch

9.4 Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés (APPA)

Dr. Jean-Pierre Provoost, Président

Dr. Marc Bétrémieux, vice-Président

Dr. Jean-Charles Pascal, membre fondateur

Mme Sylvie Vincent, Directrice Bessé-Ressources

M. François-Xavier Leoni, Bessé-Ressources

9.5 Mutuelle générale des affaires sociales

M. Yann Georges, directeur général adjoint

M. Erwan Trividic, directeur des partenariats et des relations extérieures de la société hospitalière d'assurance mutuelle (SHAM)

9.6 AG2R La Mondiale

M. Philippe Dabat, directeur délégué du Groupe, distribution et produits assurance

M. Serge Toniet, directeur des activités mutualistes

M. Franck Delavigne, responsable adjoint, direction des activités mutualistes

10 ORGANISMES D’ACTION SOCIALE

10.1 Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS)

M. Hervé Léon, Président du CGOS

M. Alain Debetz, Directeur général

Mme Claire Abel, responsable du département prestations

10.2 Plurélya

M. Mabrouk Zouareg, directeur général

Mme Ludivine Debove, responsable développement

**ANNEXE N°1 : EXPLOITATION DE
L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES
ETABLISSEMENTS DE SANTE**

[1] La présente annexe fait l'analyse des résultats obtenus dans le cadre de l'enquête lancée par la mission, en se centrant plus précisément sur le dispositif de soins gratuits.

1 METHODE

[2] A l'occasion d'une mission portant sur les relations entre les établissements publics de santé et les mutuelles¹¹⁹, l'IGAS a réalisé en 2008 un questionnaire d'enquête avec l'appui des services de la DHOS. Ce questionnaire avait été adressé à un échantillon représentatif d'établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux en mai 2008 représentant près de la moitié du total des effectifs de la FPH (676 établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 dont 273 établissements publics de santé et 403 établissements publics sociaux et médico-sociaux). La mission s'était interrompue plusieurs mois (entre mai et octobre 2008) durant la période de recueil et de traitement des données par les services de la DHOS. Le taux de réponse obtenu était de 48 % sur le total de l'échantillon, et de 62 % pour les établissements publics de santé.

[3] Compte tenu du calendrier assigné à la mission et des moyens disponibles, la mission a choisi de lancer une enquête sur un échantillon et un questionnaire plus réduits. Le questionnaire ainsi été envoyé aux établissements concernés le 8 avril 2019, avec un retour attendu le 6 mai 2019, et un délai supplémentaire accordé jusqu'au 17 mai 2019. La mission a également procédé à de nombreuses relances ciblées pour améliorer le taux de réponse. Elle a eu plusieurs échanges par courriel ou téléphone avec des établissements pour préciser ou expliciter le contenu de leurs réponses.

1.1 Echantillon

[4] Le rapport de l'IGAS de 2009 avait mis en évidence que la pratique des soins gratuits était présente essentiellement dans le secteur sanitaire et plus particulièrement au sein des centres hospitalo-universitaires (CHU-CHR), des centres hospitaliers (CH) et des centres hospitaliers spécialisés (CHS), mais qu'elle était quasi-inexistante :

- dans les hôpitaux locaux : 8 % des hôpitaux locaux appliquaient les soins gratuits aux frais d'hospitalisation, 5 % aux frais de consultations médicales et produits pharmaceutiques et 3 % à d'autres frais en 2008 ;
- dans le secteur social et médico-social : 5 % des ESMS appliquaient les soins gratuits aux frais d'hospitalisation et moins de 3 % aux frais de consultations médicales et de produits pharmaceutiques en 2008).

[5] La mission a donc constitué un échantillon excluant ces catégories d'établissements, en faisant l'hypothèse que la pratique des soins gratuits y est demeurée marginale, voire est devenue inexistante.

[6] L'échantillon d'établissements de santé a été construit de sorte à couvrir les établissements les plus importants en nombre de personnels non médicaux (en s'appuyant sur les données issues des déclarations annuelles des données sociales (DADS) de 2017), ainsi que d'autres établissements choisis de manière semi-aléatoire en recherchant une bonne répartition géographique :

¹¹⁹ Relations entre les établissements publics de santé et les mutuelles, C. Lannelongue et B. Verrier, IGAS, mars 2009

- L'ensemble des 31 CHU/CHR ont été inclus dans l'échantillon (en dehors de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui dispose d'une réglementation spécifique et fait l'objet d'un traitement particulier dans le présent rapport) ;
- 43 CH (centres hospitaliers), parmi lesquels les 25 établissements les plus importants en personnel non médical, et 18 autres établissements choisis de manière à avoir une répartition géographique satisfaisante et à avoir différentes tailles d'établissements ;
- 9 CHS (centres hospitaliers spécialisés) ont été sélectionnés en retenant les 5 plus gros établissements en personnel non médical, puis 4 autres établissements choisis de manière à avoir une répartition géographique satisfaisante et à avoir différentes tailles d'établissements ;

[7] Au total, 83 établissements de santé ont été interrogés, dont certains ont apporté une réponse au titre du groupement hospitalier de territoire (GHT) auquel ils appartiennent, représentant 471 654 agents couverts en 2017 (dont 78 % de personnel non médical et 22 % de personnel médical)¹²⁰.

[8] Le tableau n°1 présente les différentes caractéristiques de l'échantillon d'établissements interrogés dans le cadre de l'enquête.

¹²⁰ Données issues de DIAMANT (DADS 2017) complétées des données déclaratives des établissements qui ne figuraient pas dans l'outil.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon d'établissements interrogés

	Nombre d'établissements (échantillon)	Nombre total d'établissements	%	Nombre d'agents - personnel médical (échantillon)	Nombre d'agents - personnel médical	%	Nombre d'agents personnel non médical (échantillon)	Nb d'agents - personnel non médical	%	Nombre total d'agents (échantillon)	Nombre total d'agents	%
CHU / CHR (hors APHP)	31	31	100 %	82 524	82 524	100 %	225 834	225 834	100 %	308 358	308 358	100 %
CHS	9	79	11 %	2 034	8 346	24 %	19 779	102 530	19 %	21 813	110 876	20 %
CH	43	445	10 %	20 866	88 260	24 %	120 617	527 207	23 %	141 483	615 467	23 %
Total	83	555	15 %	105 424	179 130	59 %	366 230	855 571	43 %	471 654	1 034 701	46 %

Source : Mission d'après les données issues de DIAMANT (complétées par les données issues des réponses au questionnaire pour les données manquantes)

Tableau 2 : Caractéristiques des établissements ayant répondu à l'enquête

Libellés	Nombre d'établissements ayant répondu	Nombre total d'établissements	%	Nb d'agents - personnel médical (répondants)	Nb d'agents - personnel médical	%	Nb d'agents - personnel non médical (répondants)	Nb d'agents - personnel non médical	%	Nb total d'agent (répondants)	Nb total d'agents	%
CHU / CHR (hors AP-HP)	18	31	58 %	51 416	82 524	62 %	135 826	225 834	60 %	187 242	308 358	61 %
CH	24	445	5 %	13 042	88 260	15 %	76 564	527 207	15 %	89 606	615 467	15 %
CHS	8	79	10 %	2 004	8 346	24 %	18 990	102 530	19 %	20 994	110 876	19 %
Total	50	555	9 %	66 462	179 130	37 %	231 380	855 57	27 %	297 842	1 034 701	29 %

Source : Mission d'après les données issues de DIAMANT (complétées par les données issues des réponses au questionnaire pour les données manquantes)

1.2 Questionnaire

[9] La mission a élaboré un questionnaire en reprenant une partie des questions posées en 2009, afin de permettre une comparaison avec les résultats obtenus par la précédente mission. Il a été également complété par des questions ouvertes afin de recueillir l'avis des établissements sur le dispositif des soins gratuits et la prestation maladie du CGOS.

[10] Le questionnaire, administré par voie électronique à l'aide de l'outil SOLEN, figure en annexe n°3.

2 RESULTATS OBTENUS

[11] Sur 83 établissements de santé interrogés, la mission a recueilli 50 réponses, soit un taux de retour au questionnaire de 60 % (parmi lesquels 18 CHU/CHR, 24 CH et 8 CHS). Ces établissements représentent 297 842 agents en 2017¹²¹ (soit près d'un tiers du nombre total d'agents).

[12] Le tableau n°2 présente les caractéristiques des établissements ayant répondu à l'enquête.

2.1 Application du dispositif de soins gratuits

2.1.1 Le dispositif de soins gratuits est appliqué par un nombre décroissant d'établissements de santé, en nette décroissance par rapport à l'enquête de de 2009

[13] Alors qu'en 2009, le rapport IGAS mettait en évidence que le dispositif de soins gratuits était appliqué dans une majorité d'établissement - au moins pour certaines composantes (frais d'hospitalisation et de consultations médicales) - il ressort de l'enquête menée par la mission que cette pratique est devenue très largement minoritaire.

[14] Le dispositif de soins gratuits est davantage appliqué par les CHU /CHR et CH que dans les CHS. Ainsi, les établissements déclarant mettre en place le dispositif de soins gratuits se répartissent de la manière suivante :

- 7 CHU/CHR sur 18 répondants, soit 39 % des établissements de cette catégorie ;
- 8 CH sur 24 répondants, soit 33 % des établissements de cette catégorie ;
- 2 CHS sur 8 répondants, soit 25 % des établissements de cette catégorie.

[15] Néanmoins, ces réponses recouvrent différentes modalités d'application du dispositif de soins gratuits, certains établissements ne l'appliquant qu'à certains types de frais. Le tableau n°3 présente ainsi les résultats obtenus pour les différents types de frais. En outre, il fait apparaître le nombre de réponses positives apportées par les établissements concernant la mise en œuvre du dispositif, mais aussi le nombre d'établissements ayant précisé un montant de dépenses (ce qui permet d'avoir une appréciation sur l'application effective du dispositif et / ou le recours des agents à celui-ci). En effet, certains établissements expliquent que s'ils mettent en œuvre le dispositif de soins gratuits, les agents n'y ont pas recours soit en raison de la complexité du dispositif (déclaration

¹²¹ D'après les données extraites de DIAMANT (DADS 2017)

des avantages en nature), soit en raison des besoins des agents qui ne sont pas totalement couverts (prise en charge des frais pour leur famille, pour d'autres types de soins en optique ou en dentaire par exemple), soit parce que les agents souhaitent avoir une liberté de choix de leur médecin.

Tableau 3 : Mise en œuvre du dispositif des soins gratuits au sein des établissements ayant répondu à l'enquête

Champ	Dans votre établissement le dispositif des soins gratuits est-il appliqué ?	Enquête 2019				Enquête 2009
		Non	Oui	% de oui	% de oui ayant déclaré un montant	% de oui
CHU/CHR	Aux frais d'hospitalisation	12	6	33 %	17 %	75 %
	Aux frais de consultations médicales	11	7	39 %	28 %	75 %
	Aux frais d'actes externes	11	7	39 %	11 %	nd
	Aux frais pharmaceutiques	14	4	22 %	11 %	60 %
	Aux autres frais*	15	3	17 %	6 %	45 %
CH	Aux frais d'hospitalisation	18	6	25 %	13 %	51 %
	Aux frais de consultations médicales	16	8	33 %	21 %	53 %
	Aux frais d'actes externes	19	5	21 %	13 %	nd
	Aux frais pharmaceutiques	21	3	13 %	4 %	44 %
	Aux autres frais	24	0	0 %	0 %	20 %
CHS	Aux frais d'hospitalisation	7	1	13 %	13 %	68 %
	Aux frais de consultations médicales	6	2	25 %	13 %	59 %
	Aux frais d'actes externes	6	2	25 %	13 %	nd
	Aux frais pharmaceutiques	7	1	13 %	13 %	41 %
	Aux autres frais	8	0	0 %	0 %	14 %

Source : Mission

[16] L'analyse des résultats obtenus fait apparaître que le dispositif de soins gratuits a nettement diminué depuis l'enquête de 2009 :

- En matière de frais de consultations médicales - qui constitue la composante de frais la plus prise en charge au titre des soins gratuits - 39 % des CHU/CHR (resp. 33 % pour les CH et 25 % pour les CHS) déclarent appliquer ce dispositif mais seulement 28 % (resp. 21 % pour les CH et 13 % pour les CHS) précisent des montants de dépenses y afférent. A titre de comparaison, les CHU/CHR étaient 75 % à déclarer prendre en charge gratuitement ce type de soins en 2009 (resp. 53 % pour les CH et 59 % pour les CHS) ;
- Concernant les frais d'actes externes, plusieurs établissements ont précisé qu'ils n'opéraient pas de distinction avec ceux liés aux consultations médicales ; l'analyse de l'application du dispositif de soins gratuits aux actes externes peut donc être confondue avec celle portant sur les consultations médicales ;
- S'agissant des frais d'hospitalisation, 33 % des CHU/CHR (resp. 25 % des CH et 13 % des CHS) déclarent appliquer le dispositif des soins gratuits mais seulement 17 % des CHU/CHR (resp. 13 % pour les CH et les CHS) précisent des montant de dépenses afférentes. De même que pour les frais de consultations médicales, la part des établissements déclarant prendre en charge gratuitement les frais d'hospitalisation a nettement diminué par rapport à 2009, puisqu'elle s'établissait alors à 75 % pour les CHU/CHR, à 51 % pour les CH et 68 % pour les CHS ;
- Quant aux frais concernant les produits pharmaceutiques, le dispositif de soins gratuits est très peu appliqué : seuls 22 % des CHU/CHR (resp. 13 % pour les CH et CHS) déclarent prendre en charge ces frais gratuitement, et 11 % des CHU/CHR (resp. 4 % pour les CH et 13 % pour les CHS) précisent un montant de dépenses.

2.1.2 Parmi les établissements appliquant le dispositif de soins gratuits, peu d'agents y ont recours

2.1.2.1 Le champ des bénéficiaires du dispositif des soins gratuits diffère d'un établissement à l'autre, certains d'entre eux ayant une acception plus large que celle prévue par la loi

[17] Parmi les établissements qui déclarent appliquer le dispositif de soins gratuits, la majorité l'appliquent aux agents titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, ainsi qu'aux praticiens hospitaliers à temps plein (« application stricte » dans le tableau 4 ci-dessous).

[18] Certains établissements, en revanche, déclarent l'appliquer de manière plus élargie, en incluant selon les cas, les contractuels, les ayants-droits des agents, ou encore les retraités (« application élargie » dans le tableau 4 ci-dessous).

Tableau 4 : Champ des bénéficiaires du dispositif de soins gratuits

	Application stricte	%	Application élargie	%	Total
CHU/CHR	4	57 %	3	43 %	7
CH	6	75 %	2	25 %	8
CHS	0	0 %	1	50 %	2

Source : Mission

2.1.2.2 En pratique, peu d'agents ont recours à ce dispositif et sont peu informés de la procédure à suivre pour y recourir

[19] Dans le cadre de l'enquête, les établissements étaient invités à renseigner, comme en 2009, le nombre de dossiers traités dans le cadre du dispositif de soins gratuits. Cependant, l'ensemble des établissements n'ont pas la même convention de comptabilisation du nombre de dossiers, certains comptabilisant un dossier pour une prestation (séjour d'hospitalisation, consultation médicale, acte externe, etc.), d'autres comptabilisant un dossier pour un ensemble de prestations à un agent sur l'année. Dès lors, le nombre de dossiers renseigné donne une indication sur le nombre maximal d'agents ayant recours aux soins gratuits.

[20] Le tableau 5 présente les résultats obtenus, en précisant le nombre moyen de dossiers par établissement, ainsi que le nombre de dossiers (assimilable au nombre maximal d'agents ayant eu recours au dispositif) rapporté au nombre d'agents éligibles au dispositif (i.e agents de la FPH et praticiens hospitaliers) pour les établissements mettant en œuvre de manière effective le dispositif.

[21] En matière de frais d'hospitalisation, peu d'agents ont recours au dispositif puisqu'au maximum 3 % des agents éligibles y ont recours dans les établissements concernés. Néanmoins, ces données cachent des disparités importantes entre établissements puisque par exemple, au sein des Hospices Civils de Lyon, l'établissement a traité 791 dossiers en 2017 (représentant au maximum 5 % d'agents éligibles au dispositif) alors que dans d'autres établissements, le nombre de dossiers traités par an est inférieur à 5, représentant une part quasi-nulle d'agents éligibles au dispositif.

[22] S'agissant des consultations médicales et des consultations externes (que beaucoup d'établissements interrogés ne suivent pas séparément), le nombre d'agents ayant recours au dispositif est en revanche plus élevé, même si l'analyse du nombre dossiers doit être réalisée avec prudence compte tenu des différences de comptabilisation entre établissements. En tout état de cause, au maximum un quart des agents éligibles demandent à leur employeur de bénéficier de consultations médicales ou d'actes externes gratuitement. Néanmoins, il existe, comme pour les frais d'hospitalisation, de fortes disparités entre établissements :

- pour les Hospices Civils de Lyon, au maximum 44 % des agents éligibles bénéficient du dispositif pour les consultations médicales ou actes externes¹²²
- d'autres établissements se trouvent dans une situation intermédiaire, comme par exemple le CH de Valenciennes qui compte environ 25 % d'agents éligibles maximum ayant recours au dispositif, ou encore le CHU de Grenoble qui comptabilise au maximum 14 % des agents éligibles
- enfin, d'autres établissements comptabilisent un nombre marginal de dossiers rapporté au nombre d'agents éligibles.

[23] Concernant les frais liés aux produits pharmaceutiques, l'application du dispositif est quasi-inexistante, les dossiers comptabilisés étant d'un ou deux par an dans les quelques établissements concernés, à l'exception notable du CHS Sainte Anne qui a comptabilisé 184 dossiers en 2017, soit au maximum 4 % des agents éligibles (mais seulement 17 dossiers en 2018).

¹²² L'établissement précise que s'agissant des consultations médicales et des actes externes, un dossier peut être ouvert jusqu'à un an et inclure plusieurs consultations et actes externes.

Tableau 5 : Nombre de dossiers relatif au dispositif de soins gratuits

		Nombre d'établissements	2017		2018	
			Nombre moyen de dossiers par établissement	Nombre de dossiers / Nombre d'agents éligibles	Nombre moyen de dossiers par établissement	Nombre de dossiers / Nombre d'agents éligibles
CHU/CHR	Aux frais d'hospitalisation	3	298	3 %	288	3 %
	Aux frais de consultations médicales	5	1 522	22 %	1 396	20 %
	Aux frais d'actes externes	2	36	1 %	43	1 %
	Aux frais pharmaceutiques	2	2	0 %	1	0 %
	Aux autres frais*	1	123	3 %	40	1 %
	Total	6	1 451	22 %	1 342	20 %
CH	Aux frais d'hospitalisation	3	105	3 %	54	2 %
	Aux frais de consultations médicales	6	529	24 %	539	24 %
	Aux frais d'actes externes	3	2 799	80 %	2 856	81 %
	Aux frais pharmaceutiques	1	1	0 %	0	0 %
	Aux autres frais	0	0	0 %	0	0 %
	Total	6	1 981	68 %	3 722	127 %
CHS	Aux frais d'hospitalisation	1	2	0 %	2	0 %
	Aux frais de consultations médicales	1	220	5 %	150	4 %
	Aux frais d'actes externes	1	917	22 %	610	14 %
	Aux frais pharmaceutiques	1	184	4 %	17	0 %
	Aux autres frais	0	0	0 %	0	0 %
	Total	1	1 323	31 %	779	18 %

Source : Mission

[24] Par ailleurs, il apparaît que les établissements délivrent peu d'informations sur ce dispositif auprès de leurs agents, en particulier, s'agissant d'une information écrite. Ainsi, seulement 4 CHU/CHR sur 18 répondants (soit 22 %), 3 CH sur 24 répondants (soit 13 %) et aucun CHS sur 8 répondants ont indiqué avoir rédigé une note de service ou d'information à destination des agents sur la mise en œuvre des soins gratuits.

2.1.3 Les dépenses engagées au titre du dispositif de soins gratuits, variables d'un établissement à l'autre, permettent difficilement d'envisager un redéploiement sur le financement d'une couverture complémentaire santé

[25] Dans le cadre de l'enquête, les établissements étaient invités à renseigner le montant des dépenses engagées pour 2017 et 2018 au titre du dispositif des soins gratuits, autrement dit le montant des dépenses restant à leur charge après subrogation auprès de la Sécurité Sociale pour le remboursement d'une partie des frais. Le tableau n°6 récapitule les résultats obtenus.

[26] Ainsi, les établissements engagent, pour une année donnée, des dépenses de l'ordre de 15€ en moyenne par agent éligible au dispositif de soins gratuits (i.e. agents de la FPH et praticiens hospitaliers à temps plein), et de manière théorique, de l'ordre de 10€ en moyenne par agent rémunéré.

[27] Il convient toutefois de noter que le montant des dépenses consacrées au financement de ce dispositif, varie considérablement d'un établissement à l'autre :

- Les Hospices Civils de Lyon ressort comme l'établissement de l'échantillon qui participe le plus au financement des soins gratuits : ainsi, il dépense 25€ environ par agent en 2018 ;
- D'autres établissements comme le CH de Valenciennes ou les Hospices Civils de Colmar ont une dépense moyenne par agent éligible, en 2018, de l'ordre de 15€ ;
- Ensuite, un établissement tel que le CHU de Clermont Ferrand engage une dépense moyenne par agent éligible de 10€ environ en 2010 ;
- D'autres établissements tels que le CHU de Grenoble ou le CHS Saint Anne ont une dépense moyenne par agent éligible plus modeste en 2018, qui s'établit à 5€ ;
- Les autres établissements (...) mettant en œuvre le dispositif de soins gratuits engagent en revanche une dépense moyenne par agent éligible quasi-nulle.

[28] Ainsi, en extrapolant le montant des dépenses consacrées au dispositif de soins gratuits obtenu sur l'échantillon d'établissements de santé à l'ensemble des établissements, la mission estime qu'il représente environ 2,5 M€ (hors AP-HP qui bénéficie d'un dispositif spécifique). Pour ce faire, la mission :

- a émis l'hypothèse que la dépense consacrée au dispositif par les autres établissements (hôpitaux locaux et ESMS) pouvait être estimée à zéro ;
- extrapolé le niveau des dépenses pour chaque type d'établissement (CHU, CH, CHS) en s'appuyant sur le nombre d'agents que représentent ces établissements. Ainsi :
 - Le montant de dépenses obtenu pour les CHU de l'échantillon s'établissant à 469 406€ en 2018, représentant 61 % des agents de cette catégorie d'établissements, le montant est extrapolé en calculant : $467\,983\text{€} / 61\% = 769\,518\text{€}$;
 - En reproduisant le même raisonnement pour les deux autres catégories d'établissements, on obtient : $234\,823\text{€} / 15\% = 1\,565\,484\text{€}$ pour les CH et $10\,470\text{€} / 19\% = 55\,104\text{€}$ pour les CHS.

Tableau 6 : Dépenses engagées au titre du dispositif de soins gratuits

		Nombre d'établissements	2017				2018			
			Dépenses engagées	Dépenses moyennes par établissement	Dépenses moyennes par agent éligible	Dépenses moyennes par agent rémunéré	Dépenses engagées	Dépenses moyennes par établissement	Dépenses moyennes par agent éligible	Dépenses moyennes par agent rémunéré
CHU/CHR	Aux frais d'hospitalisation	3	305 738	101 913	11	8	260 896	86 965	10	6
	Aux frais de consultations médicales	5	202 148	40 430	6	4	200 158	40 032	6	4
	Aux frais d'actes externes	2	4 543	2 271	0	0	6 484	3 242	1	1
	Aux frais pharmaceutiques*	1	2	2	0	0	90	90	0	0
	Aux autres frais*	1	10 754	10 754	2	2	1777	1777	0	0
	Total CHU	6	523 185	87 197	13	9	469 406	78 234	12	8
CH	Aux frais d'hospitalisation	3	107 005	35 668	10	7	70 325	23 442	7	5
	Aux frais de consultations médicales	6	30 109	5 018	2	2	31 595	5 266	2	2
	Aux frais d'actes externes	3	136 893	45 631	13	9	132 903	44 301	13	9
	Aux frais pharmaceutiques	1	10	10	0	0	0	-	0	0

RAPPORT IGAS N°2019-009R1/IGF N°2019-M-038-02

		Nombre d'établissements	2017				2018			
			Dépenses engagées	Dépenses moyennes par établissement	Dépenses moyennes par agent éligible	Dépenses moyennes par agent rémunéré	Dépenses engagées	Dépenses moyennes par établissement	Dépenses moyennes par agent éligible	Dépenses moyennes par agent rémunéré
	Aux autres frais	-								
	Total CH	6	274 017	45 669	16	11	234 823	39 137	13	10
CHS	Aux frais d'hospitalisation	1	1 846	1 846	0	0	1 599	1 599	0	0
	Aux frais de consultations médicales	1	1 630	1 630	0	0	1 132	1 132	0	0
	Aux frais d'actes externes	1	11 764	11 764	3	2	7 488	7 488	2	1
	Aux frais pharmaceutiques	1	5 267	5 267	1	1	252	252	0	0
	Aux autres frais	-		-				-		
	Total CHS	1	20 507	20 507	5	4	10 470	10 470	2	2

Source : Mission

2.1.4 Les établissements de santé jugent globalement le dispositif d'accès aux soins complexe et peu adapté aux besoins des agents

[29] Dans le cadre de la question ouverte portant sur le bilan sur le dispositif de soins gratuits, plusieurs établissements ont souligné son caractère peu adapté aux besoins des agents du fait :

- de l'assujettissement au régime social et fiscal des avantages en nature ressort comme un argument dissuasif pour les agents ;
- de l'incomplétude du dispositif qui ne bénéficie qu'à une partie du personnel (agents de la FPH et praticiens hospitaliers à temps plein), et qui ne permet pas aux agents concernés d'en faire bénéficier leur famille ;
- du souhait des agents d'avoir la liberté de choisir son professionnel de santé

[30] Un établissement indique également que le dispositif de soins gratuits ne permet pas de lutter contre la précarité de certains professionnels, notamment les personnels de catégorie C.

[31] Une majorité d'établissements relève par ailleurs la complexité du dispositif en termes de gestion et un établissement évoque le coût du dispositif.

[32] La mise en place d'une couverture complémentaire santé au sein des établissements de santé, assortie d'une participation de l'employeur, est proposée par plusieurs établissements, notamment afin d'accroître l'attractivité au sein des établissements de santé publics. Néanmoins, un établissement mentionne le surcroît de travail que cela pourrait générer au travers du lancement de l'appel d'offres et un autre la nécessité d'avoir un budget adapté.

SIGLES UTILISÉS

AG	Assemblée générale
AGOSPAP	Association de gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes
AIT	Allocation d'invalidité temporaire
AMC	Assurance maladie complémentaire
AMO	Assurance maladie obligatoire
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANI	Accord national interprofessionnel
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de paris
APPA	Association pour les praticiens et assimilés
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent de service hospitalier qualifié
ATI	Allocation temporaire d'invalidité
ATIH	Agence technique d'information sur l'hospitalisation
CA	Conseil d'administration
CCN	convention collective nationale
CGV	Congé de grave maladie
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU-CHR	Centre hospitalier universitaire – centre hospitalier régional
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLD	Congé de longue durée
CLM	Congé de longue maladie
CMO	Congé de maladie ordinaire
CMU-C	couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CGOS	Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics
CNG	Centre national de gestion
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CRH	Complémentaire retraite des hospitaliers
CSG	contribution sociale généralisée
DADS	Déclarations annuelles de données sociales
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soin
DGS	Direction générale de la santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ES	Établissement de santé
ESMS	Établissement social ou médico-social

ESPS	Enquête santé et protection sociale
ETP	Équivalent temps plein
ETPT	Équivalents temps plein travaillé
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FPE	Fonction publique de l'Etat
FPH	Fonction publique hospitalière
FPT	Fonction publique territoriale
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCL	Hospices civils de Lyon
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJSS	Indemnité journalière de sécurité sociale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ITT	Incapacité temporaire de travail
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MACSF	Mutuelle d'assurance du corps de santé français
MCVPAP	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'Assistance publique, des administrations annexes
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MGAS	Mutuelle générale des affaires sociales
MNH	Mutuelle nationale des hospitaliers
MSA	Mutualité sociale agricole
NBI	Nouvelle bonification indiciaire
OC	Organisme complémentaire
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PH	Praticien hospitalier
PSC	Protection sociale complémentaire
PU-PH	Professeur des universités- Praticien hospitalier
RH	Ressources humaines
RSI	Régime social des indépendants
TIB	Traitement indiciaire brut