

L'action sociale, levier managérial

Christine RATINEAU Directrice adjointe au CHU de Bordeaux

Nathalie DULUC Présidente du comité régional Limousin Poitou-Charentes du CGOS, directrice de l'établissement public départemental Les 2 Monts, Montlieu-la-Garde

Stéphanie GASTON Présidente du comité régional Pays de Loire du CGOS, directrice des ressources humaines, hôpital intercommunal Sèvre-et-Loire
Membres du conseil d'administration national du CGOS

Denis ROME Élève directeur d'hôpital

L'action sociale hospitalière et médico-sociale mérite qu'on réfléchisse collectivement à son avenir. Née aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale, elle représente un levier managérial d'attractivité, de fidélisation, et d'engagement encore méconnu. Équipes de direction et directions des ressources humaines ont tout intérêt à s'en saisir. La conférence présentée le 5 octobre dernier dans le cadre des Rencontres des ressources humaines de la santé, organisées par la FHF et l'ADRHES¹, a permis d'en éclairer les enjeux.

Si son utilité est démontrée, définir précisément son périmètre d'action s'avère plus complexe. Et ce d'autant qu'il n'existe pas de définition légale de l'action sociale au sein de la fonction publique hospitalière : les textes et la pratique permettent toutefois de comprendre ce qu'elle est, et ce qu'elle n'est pas. Les circulaires de 1946 et 1948 énoncent ses missions. Alors dénommée « œuvres sociales », elle doit « *apporter une entraide effective [et] resserrer les liens entre les agents* ». C'est dans cet état d'esprit qu'en 1960 naît le Comité de gestion des œuvres sociales (CGOS). À cette époque, ce qui n'est pas encore la fonction publique hospitalière rassemble déjà presque 400 000 agents aux revenus souvent très faibles. L'action sociale sert à corriger pour partie cette réalité, via l'accès à diverses prestations.

À partir des années 1980, son cadre juridique prend forme avec une première brique, le statut général de la fonction publique². En 1983, ce dernier définit les domaines de l'action sociale : restauration, logement, enfance et loisirs ; auxquels s'ajoutent des aides en cas de « situations difficiles ». Vingt ans plus tard, un avis du Conseil d'État précise que relèvent de l'action sociale à la fois les prestations à caractère individuel et celles à caractère collectif³.

La loi du 2 février 2007 assoit définitivement le rôle de l'action sociale. Sa finalité est réaffirmée et une définition précise inscrite dans le marbre du statut général de la fonction publique : « *Améliorer les conditions de vie des agents publics et de leurs familles, et les aider à faire face à des situations difficiles.* »⁴ Cette loi pose un nouveau principe cardinal, celui de la participation obligatoire des agents bénéficiaires⁵.

Périmètre et approche comparative

Si l'histoire de l'action sociale et son développement s'inscrivent dans le contexte des trois fonctions publiques, une approche comparative avec le secteur privé est également éclairante.

L'hospitalière, versant le plus unitaire en matière d'action sociale

L'effort de contribution à l'action sociale est relativement uniforme dans la fonction publique hospitalière. Comme le prévoit le statut de 1986 à son article 116-1, « *la prise en charge de cette action est assurée par une contribution annuelle desdits établissements dont le taux et l'assiette sont fixés par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales* ».

Fonction publique territoriale

L'effort de contribution comme la nature des prestations sont laissés au libre choix de chaque

collectivité territoriale : « Les organes délibérants des collectivités territoriales et de leurs établissements publics déterminent le **type des actions** et le **montant des dépenses** qu'ils entendent engager pour la réalisation des prestations prévues à l'article 9 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983.⁶ »

Fonction publique d'État

Elle fait figure d'entre-deux. Pour partie, elle dispose d'éléments d'unicité à travers l'action sociale interministérielle, socle minimal commun à l'ensemble des agents de l'État. En parallèle, une action sociale particulière se développe au sein de chaque département ministériel. Avec des disparités majeures puisque, selon la Cour des comptes, « certains [ministères] y consacrent par agent un montant jusqu'à 20 fois plus important que d'autres⁷ ».

Outre l'encadrement juridique, la pratique et l'exercice de comparaison permettent de mieux comprendre ce qu'est l'action sociale aujourd'hui et, en creux, ce qu'elle n'est pas.

Dans le monde hospitalier, la quasi-totalité des établissements – hormis l'AP-HP, les établissements d'outre-mer et quelques rares exceptions – sont adhérents au CGOS. Sa gestion est paritaire : l'organisme se compose de représentants des employeurs hospitaliers (désignés par la Fédération hospitalière de France) et des organisations syndicales. Il est une émanation directe des hospitaliers. Ceux-ci organisent, à travers lui, un filet de solidarité à l'échelle nationale.

Ressources, prestations, coûts

Cette solidarité trouve ses ressources dans une cotisation versée par les établissements à hauteur de 1,5% de la masse salariale (dans la limite de l'indice majoré 489). Cette uniformité n'est pas la règle dans les autres versants de la fonction publique ni dans le secteur privé, où les taux de cotisations varient fortement d'une entreprise à l'autre (de 0% jusqu'à 6%). Ces ressources permettent une redistribution

1. Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux.
2. Loi du 13 juillet 1983, art. 9.
3. Conseil d'État, avis n° 369-315, association Fondation Jean-Moulin, 23 octobre 2003.
4. Loi du 13 juillet 1983 portant statut général de la fonction publique, art. 9.
5. « Sous réserve des dispositions propres à chaque prestation, le bénéfice de l'action sociale implique une participation du bénéficiaire à la dépense engagée. »
6. Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, art. 88-1.
7. « La protection sociale complémentaire des agents de l'État », Cour des comptes, 7 juin 2012.



Le CGOS pourrait évoluer de manière à participer au développement d'une politique d'action sociale à l'échelle des GHT et à la structuration d'une prévoyance et d'une protection sociale complémentaire.

que l'on peut diviser en deux grandes catégories, peu ou prou comparables dans les trois fonctions publiques et dans le privé.

La première catégorie rassemble des prestations loisirs, vacances, restauration ou activités sportives. Ces prestations sont généralement corrélées au niveau de revenus de l'agent mais ne peuvent dépendre ni de son métier ni de son grade. La seconde catégorie regroupe des aides plus spécifiques et plus individualisées qui interviennent lorsqu'un agent rencontre des difficultés particulières. Par exemple, l'action sociale trouve toute son utilité lorsqu'un professionnel fait face à l'incendie de son habitation.

LES MÉDECINS PLÉBISCITENT L'ACTION SOCIALE

ENCADRÉ 1

Les résultats d'un questionnaire adressé aux médecins hospitaliers, en 2016*, permettent de mieux connaître leurs attentes en matière d'action sociale. Les principales attentes (1 400 réponses) portent sur le secteur des loisirs/culture (24%), des vacances (24%), le sport (12%). Les aides sociales ne sont citées que pour moins de 10% : aide aux gardes d'enfant (10%), aides domestiques-aide à la personne (8%), prestation famille naissance-adoption (7%), aide à l'éducation et scolarité des enfants (5%), aides au logement (3%).

76% des répondants considèrent que l'accès aux prestations du CGOS présente un impact certain sur l'attractivité et la fidélisation des médecins à l'hôpital.

56% des médecins répondants souhaiteraient bénéficier d'actions spécifiques.

*Diffusé par le CGOS entre le 13 avril et le 13 mai 2016 via les présidents de CME.



TROIS QUESTIONS À

ALEXANDRE AUBERT

PRÉSIDENT DU COMITÉ RÉGIONAL ÎLE-DE-FRANCE DU CGOS
DIRECTEUR DU GHT NORD OUEST VEXIN VAL D'OISE

Un hôpital a-t-il intérêt à désigner un correspondant local* du CGOS ?

Au regard des contraintes financières que connaissent les hôpitaux, il est logique que les chefs d'établissement s'interrogent sur l'intérêt de conserver un correspondant CGOS plutôt que d'utiliser le temps agent autrement, ou d'économiser un poste. Pourtant, l'utilité sociale et économique du correspondant doit être rappelée. À travers le correspondant, les agents trouvent un interlocuteur de proximité, notamment pour la constitution de dossiers complexes. La présence d'un correspondant est positivement corrélée au taux d'impact, c'est-à-dire à l'accès effectif des agents aux prestations et aides disponibles. Avec le virage digital, le gestionnaire peut facilement être partagé entre plusieurs structures.

Quel avenir pour la prestation maladie ?

La prestation maladie, avec une hausse de 6 % par an, atteint 90 M€ par an, soit un tiers de l'ensemble des prestations servies par le CGOS pour seulement 55 000 bénéficiaires. Cette solidarité, non statutaire mais historique, est une particularité du CGOS au sein de la fonction publique. L'évolution financière mais aussi juridique (notamment au regard des exigences de mise en concurrence du droit communautaire) pose la question du devenir de cette prestation. Par essence, le CGOS est un organisme paritaire qui est l'émanation des hospitaliers. C'est donc eux que j'invite, collectivement, à réfléchir et répondre à cette difficile question quant au périmètre de notre solidarité commune. En conservant à l'esprit que l'action sociale joue le rôle d'amortisseur qui est le sien avec des effets positifs sur le climat social et la qualité de vie au travail des professionnels.

En matière d'action sociale, les GHT sont-ils une opportunité ?

Sans aucun doute, les GHT peuvent être une opportunité à plusieurs titres. Nous parlons de l'intérêt de garder un correspondant CGOS. Les groupements doivent être le lieu d'une réflexion pour mutualiser cette fonction voire, avec ambition, l'occasion de créer une véritable cellule professionnelle d'action et d'assistance sociale pour l'ensemble des agents du GHT. Ils peuvent aussi permettre de se saisir d'un angle mort, celui du personnel médical**, notamment des praticiens qui partagent leur travail sur différents hôpitaux. Pour eux, comme pour d'autres, il est urgent de développer une action sociale territoriale. L'action sociale est l'un des éléments pouvant donner du sens et de la cohésion à des collectifs de travail.

* Ou gestionnaire chargé de l'action sociale. ** L'action sociale en faveur du personnel médical est une des propositions de la plateforme politique de la FHF [clé de déverrouillage n°31] et un des axes du plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public présenté en novembre 2015 par la ministre de la Santé [engagement n°10]. L'ouverture au corps médical demande de revoir la gouvernance et les statuts du CGOS. La question du financement doit être envisagée.

À travers ces deux grandes catégories se dessinent les contours de l'action sociale. Elle est une aide individuelle pour l'agent (et ses ayants droit) afin de l'accompagner dans sa vie personnelle et participe à sa qualité de vie globale. Bien que souvent soumise à un plafond de revenu (lié au quotient familial), l'action sociale n'est pas un complément de salaire. De même, elle ne doit pas servir à récompenser ou à reconnaître le travail d'un agent ou d'un service.

Un autre élément apporte de la confusion dans l'appréhension du périmètre de l'action sociale : il s'agit des contrats de complémentaire santé (mutuelle)⁸, de prévoyance⁹ ou de complémentaire retraite. À proprement parler, la participation à l'acquisition de ces contrats ne relève pas du champ de l'action sociale. Cette distinction est rappelée dans l'article 8 bis du statut général qui prévoit la liste des sujets pouvant faire l'objet de négociations sociales entre organisations syndicales et employeurs publics quant à la rémunération et au pouvoir d'achat des agents publics. Au sein de cette liste, on trouve au quatrième point « l'action sociale et la protection sociale complémentaire ». Pour autant, nombreux sont les acteurs qui se sont positionnés sur ce sujet au titre de l'action sociale, d'où une grande difficulté à situer la frontière exacte. D'autant que la loi du 2 février 2007 a modifié le statut général de 1983 en prévoyant que les personnes publiques « peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent ».

Cette ambiguïté au sein de la fonction publique hospitalière est entretenue par le maintien des soins gratuits de l'article 44¹⁰ de la loi de 1986. Or, les frais engagés au titre de l'article 44 ne relèvent pas de l'action sociale et les établissements hospitaliers ne participent pas actuellement à la prestation souscrite de manière facultative par les agents. Le CGOS, à travers sa prestation maladie versée en cas de maladie ordinaire au-delà de quatre-vingt-dix jours d'arrêt consécutifs, se situe « sur le fil », entre action sociale et prévoyance.

Quels coûts pour un établissement ?

À la question simple du coût que représente l'action sociale par établissement, peu d'hôpitaux sont en mesure d'apporter une réponse complète. Si le niveau de cotisation au CGOS est généralement connu, qu'en est-il des autres dépenses internes ? En effet, en acceptant une définition très large de l'action sociale, il faudrait comptabiliser l'ensemble des dépenses engagées par les établissements :

salaires du correspondant CGOS, arbre de Noël¹¹, subventions au restaurant hospitalier, etc. Plus complexe est la question du retour sur investissement : comment mesurer et valoriser les effets positifs induits par l'action sociale ? Serait-on capable de quantifier l'effet sur l'absentéisme ou sur l'attractivité/la fidélisation¹² du développement d'une action sociale ambitieuse ?

Quel avenir pour l'action sociale ?

Actuellement, la prestation maladie servie par le CGOS augmente de 6 % par an. La continuation de la prise en charge de cette prestation se pose donc **ENCADRÉ 2**. Plus largement, c'est l'évolution de l'action sociale dans son ensemble qui doit être interrogée par les hospitaliers. Dans un environnement budgétaire contraint, face à un climat social fragile, alors que la qualité de vie au travail est un sujet toujours plus prégnant, le devenir de l'action sociale est assurément à un carrefour. Une première réflexion consisterait à déterminer les domaines d'intervention dans lesquelles l'action sociale doit se déployer, en mettant fin à la confusion entre action sociale, protection sociale et prévoyance.

En regard, il convient de trouver les ressources nécessaires à ces interventions et les structures gestionnaires. Il conviendrait ensuite de définir les niveaux pertinents d'action et de gestion. Le CGOS pourrait évoluer de manière à participer au développement d'une politique d'action sociale à l'échelon des GHT et à la structuration d'une prévoyance et protection sociale complémentaire. À l'inverse, peut-on imaginer une action sociale qui déploierait des actions et des moyens à l'échelle d'un pôle ou d'un service ? En partant sur cette piste, c'est la gestion de l'action sociale qui se pose. Doit-elle être, au niveau de l'établissement, uniquement du ressort de la direction et notamment du directeur des ressources humaines, ou faut-il « donner les clés » aux agents eux-mêmes sur partie ou totalité de l'action sociale ? Sur ce point, les exemples d'expériences novatrices ne manquent pas au sein des collectivités territoriales¹³.

Enfin comment insuffler de la cohérence entre politique de qualité de vie au travail, document unique, action sociale, vie interne de l'hôpital (association sportive et culturelle, amicale des agents) ? N'existe-t-il pas là un risque de redondance ou de dilution des actions ? Le projet social d'établissement, ou de GHT, représente l'outil adéquat pour créer du lien entre ces sujets et apporter un sens global à la politique de ressources humaines dans ses volets attractivité, fidélisation, motivation et soutien. S'il intègre l'action sociale en tant qu'outil à développer, ce dernier pourrait être en mesure d'enrichir une politique QVT qui ne doit pas rester l'apanage de la DRH, ni se limiter à une actualisation de la politique de prévention des risques. ■



CHIFFRES CLÉS CGOS DONNÉES 2016 **ENCADRÉ 2**

- **2363** établissements adhérents, soit environ **93%** des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.
- **955 000** agents en activité de la fonction publique hospitalière, soit plus de **90%** de l'effectif de la FPH, et **400 000** retraités potentiellement bénéficiaires de l'action du CGOS.
- **590 000** agents en activité et de **73 000** retraités ont bénéficié au moins une fois d'une prestation du CGOS en 2016, soit **61,8%** du total des agents.
- **16** comités régionaux et un siège national. Le conseil d'administration national compte vingt titulaires FHF et vingt représentants des organisations syndicales.
- **Près de 340 M€** ont été versés en 2016 au titre des prestations. 89 M€ de prestations régionales, 90 M€ pour la maladie, 86 M€ pour les prestations études, éducation et formation, 35 M€ pour les retraites, 19,5 M€ pour les vacances, 5 M€ pour la prestation naissance, 4,5 M€ pour le handicap, 4 M€ pour les loisirs, 3,5 M€ pour le décès et 3 M€ pour la prestation mariage.

- 8.** La prise en charge des frais médicaux engagés.
- 9.** Le complément de salaire versé en cas de maladie.
- 10.** «Lorsqu'un fonctionnaire en activité est hospitalisé, l'établissement employeur prend à sa charge pendant une durée maximum de six mois le montant des frais d'hospitalisation non remboursés par les organismes de sécurité sociale.»
- 11.** L'amicale des agents, souvent organisatrice de l'arbre de Noël, ne peut se substituer à la politique d'action sociale de l'employeur : ses prestations ponctuelles ne sont servies qu'à ses membres adhérents.
- 12.** Un taux de turn-over faible par exemple.
- 13.** www.lagazettedescommunes.com/dossiers/action-sociale-et-collectivites-territoriales-un-soutien-aux-agentes-un-outil-de-management/