



LES AGENTS·E·S HOSPITALIER·ÈRE·S NE DOIVENT PAS PAYER LE PRIX DES RESTRICTIONS BUDGÉTAIRES

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET PRÉVOYANCE POUR UN HAUT NIVEAU DE PRISE EN CHARGE

SIGNEZ LA PÉTITION



Flashez ou
cliquez juste [ici](#)

Le constat :

Depuis le 17 février 2021, une ordonnance rend obligatoire la mise en place d'une protection sociale complémentaire (« mutuelle ») et le développement d'une prévoyance (rémunération maladie, invalidité, décès) avec des hauts niveaux de garanties dans la fonction publique. L'« Hospitalière » est encore une fois la plus maltraitée. Notre ministère, malgré nos relances, n'a en effet ouvert les négociations qu'en janvier 2026.

L'application ayant été repoussée du 1^{er} janvier 2026 au 1^{er} janvier 2027, le temps de négociation est plus que raccourci. Ainsi, 15 réunions ont été programmées entre janvier et mars 2026 dont 4 ont été annulées par le ministère. Aucun autre calendrier n'a pour l'heure été proposé alors qu'un délai de six mois minimum est nécessaire pour pouvoir procéder aux appels d'offres.

Ce ne sont pas moins d'1,2 million d'agent·e·s dont ceux de l'APHP qui ont un statut particulier, les contractuel·le·s et 630.000 retraité·e·s de la Fonction Publique Hospitalière qui sont ainsi méprisé·e·s. Nous sommes les seuls agent·e·s publics à ne pas avoir accès à ce droit.

Réunion après réunion, les discussions s'enlissent. Le ministère ne prend aucun engagement et ne répond pas aux questions. Le ministère ne nous a toujours pas fourni l'étude démographique et la réalité sur la sinistralité dans secteur, données pourtant indispensables à une bonne analyse des besoins.

➤ Quel est le budget prévu ?

La DGOS a évoqué un « chiffrage » allant de 468 millions à 1,5 milliard d'euros, soit du simple au triple, mais aucune confirmation depuis. Aucune réponse à notre exigence que le budget PSC soit une ligne budgétaire supplémentaire ne venant pas impacter les budgets propres des établissements.

➤ Quelles conditions ?

Pas d'arbitrage sur l'extension du droit aux soins gratuits à l'ensemble des agent·es contractuel·le·s, stagiaires et titulaires sur l'ensemble du territoire y compris pour les soins de ville comme cela existe dans le statut particulier de l'APHP (art 722-2, 722-3 CGFP et art 105 loi janvier 86 APHP), pas d'avancée sur la définition du panier de soins.

Pas de décisions concernant la prise en compte des ayants droits (enfants, conjoint·e·s) et des retraité·e·s et pour cause, le ministère explique régulièrement que cette solidarité coûterait plus cher.

Pas de discussion sur le niveau de prise en charge employeur, le minimum prévu par la loi est de 50 % mais rien n'empêche d'aller jusqu'à 100 %, ce qui serait plus que légitime pour des agent·e·s dont la mission est de soigner et accompagner.

Est-ce que ce serait une mutuelle obligatoire choisie par l'employeur comme cela a été le cas à l'éducation nationale et qui s'est soldée par une adhésion imposée à la MGEN-CNP avec une augmentation des montants de leurs cotisations mutuelle pour de nombreux foyers ?

Par ailleurs, la DGOS n'a proposé aucune avancée concernant des conditions de dispense d'adhésion.

Rien concernant la défense et le développement du CGOS, ni sur le fait qu'il pourrait être un acteur majeur de cette PSC et de la mise en place d'une prévoyance.

Le point de vue de la CGT :

➤ Concernant le financement

Le refus du ministère de s'engager financièrement, sur un montant précis, nous alerte. Dans un contexte où de très nombreux hôpitaux et structures médico-sociales publiques, sont déjà en déficit par manque de financement, la CGT s'inquiète que ce « *nouveau budget* » ne pèse finalement encore un peu plus sur le fonctionnement même des établissements. La CGT refuse que cela soit compensé par de nouvelles fermetures de lits et/ou de postes sans quoi, une fois de plus, cela reviendrait à prendre d'un côté ce qu'ils nous « *donnent* » de l'autre !

Comme l'ont été le Ségur et l'augmentation des cotisations CNRACL, qui ne sont toujours pas compensées dans le cadre des PLFSS successifs !

Pour cela il est nécessaire que le financement de la PSC soit inscrit dans le PLFSS N+1 systématiquement en sus des budgets hospitaliers. Par ailleurs, nous demandons la mise en place d'un plan quinquennal de financement, garantissant sa pérennité.

La CGT continue de revendiquer le 100 % Sécu basé sur les cotisations émanant du travail, pour cela il faut mettre un terme aux exonérations, créer les conditions du plein emploi et définir un collecteur unique et un payeur unique, la Sécu.

➤ Concernant les conditions : soins gratuits, tarifs, paniers de soins

Plus de 90 % des agent·e·s ont déjà des mutuelles, il n'est pas question que la mise en place d'une mutuelle obligatoire leur coûte plus cher. Par ailleurs, certains agent·e·s n'ont pas aujourd'hui les moyens de se payer une mutuelle, il n'est pas question que cela leur soit imposé avec un niveau de cotisation qu'ils ne pourraient pas payer.

D'autre part, nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles ne sont pas reconnus par les employeurs. Ainsi les frais de santé inhérents au travail, passent en arrêts maladies ordinaires. Ainsi la responsabilité des employeurs n'est plus engagée, concernant la santé des personnels. Cela doit s'améliorer par la reconnaissance de tous les AT-MP avec prise en charge à 100 % des frais de santé induits et l'investissement sur la prévention primaire par le développement de la formation, l'augmentation des effectifs et l'acquisition de matériel adapté.

Concernant le niveau de prise en charge (panier de soins) il doit être de haut niveau et s'appuyer sur le maintien, l'extension et l'effectivité de l'accès aux soins gratuits qui est un droit statutaire spécifique aux personnels hospitaliers, complété par une mutuelle pour les besoins restants (en l'absence de 100 % sécu qui serait la solution la plus efficace de tous points de vue).

- Origine des dispositions législatives concernant « *les soins gratuits* » : « *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).* »

➤ Concernant les opérateurs (mutuelles ou assurances)

Nous refusons l'ouverture de ce marché à des opérateurs assurantiels. Les modalités juridiques des appels d'offres doivent permettre aux mutuelles labellisées d'y répondre.

La place des organisations syndicales représentatives est essentielle pour assurer une réelle transparence du dispositif. C'est pourquoi nous défendons une consultation obligatoire des OS sur les offres chiffrées et des garanties strictement encadrées.

De même, il est essentiel que soit exigée une gouvernance paritaire du dispositif sur la base des organisations représentatives au sein du CSFPH.

➤ Concernant le CGOS

L'intervention et l'expertise du C.G.O.S permettrait de :

- Éviter les disparités tarifaires,
- Limiter la concurrence entre établissements,
- Faciliter le déploiement de la réforme,
- Sécuriser les contrats,
- S'assurer de la soutenabilité financière dans la durée,
- Articuler dimension nationale et régionale.

La mise en place de dispositifs de PSC a un coût important pour les employeurs :

- Information aux agent·e·s (mise en place, recrutement, changement de position, départ),
- Impact sur les gestionnaires de paie et les SIRH soit en mettant en place des remboursements, soit en mettant en place le précompte,
- Achat de contrats et suivi de l'exécution contractuelle,
- Elle nécessite aussi une campagne importante de communication aux agent·e·s sur les changements et l'impact par rapport à leur situation actuelle,
- Un marché avec une taille aussi grande nécessite de piloter et de suivre. La dimension paritaire permet de garantir un pilotage dans la durée,
- Si les contrats sont mis en œuvre au niveau national dans le cadre d'une procédure d'achat public, les conditions de déploiement (et l'accompagnement) auprès de chaque employeur sont un véritable enjeu.

La confiance des agent·e·s dans le CGOS, sa connaissance du secteur sa gestion paritaire et de proximité, ses frais de gestion maîtrisés en fait un acteur majeur pour répondre aux enjeux d'une telle réforme.

➤ Concernant la prévoyance

• Des garanties statutaires renforcées

➤ Application immédiate de l' Accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'État avec un volet statutaire et un volet complémentaire.

• Incapacité

- Réduction des conditions d'ancienneté des contractuels.
- Prise en compte des primes pour l'indemnisation du congé de longue maladie (CLM).

• Invalidité

- Nouveau régime avec une prestation de compensation sous forme de rente.
- Possibilité de générer des droits à la retraite.

• Décès

- Création de rentes éducation.
- Capital décès égal à une année de rémunération, sans condition d'âge.
- Exigence que les garanties statutaires gagnées par la Fonction Publique d'Etat (FPE) nous soient appliquées.

Ce qui existe dans le statut à ce jour

Ce qui a été gagné dans la FPE

	AVANT	APRES
Incapacité	Congé maladie (ordinaire) contractuel Ancienneté > 4 mois : 1 mois à 100% Ancienneté > 2 ans : 2 mois à 100% Ancienneté > 3 ans : 3 mois à 100%	Congé maladie (ordinaire) contractuel Ancienneté > 4 mois : 3 mois à 100% (90 % depuis le 1 ^{er} mars 2025)
	Congés longue maladie et grave maladie 1 ^{ère} année : 100 % du traitement indiciaire sans primes 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années : 50 % du traitement indiciaire sans primes Pour les contractuels, ancienneté requise > 3 ans	Congés longue maladie et grave maladie 1 ^{ère} année : 100 % du traitement indiciaire + 33 % des primes 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années : 60 % du traitement indiciaire + 60 % des primes Pour les contractuels, ancienneté requise > 4 mois
Invalidité	Retraite pour invalidité pour les fonctionnaires Retraite liquidée sans condition d'âge mais proratisée (75% x traitement des 6 derniers mois x durée de services dans la fonction publique/durée d'assurance requise)	<u>En principe à horizon du 1^{er} janvier 2027</u> Indemnisation de l'invalidité avec possibilité de rester en emploi + Amélioration des droits en retraite 1 ^{ère} catégorie : 40 % rémunération 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégories d'invalidité : 70 % rémunération
Décès	Capital décès < 62 ans : 100 % de la rému. annuelle > 62 ans : 25 % de la rému. annuelle Pas de capital décès pour les ouvriers de l'Etat	Capital décès 100 % de la rému. annuelle pour tous les agents publics de l'Etat (triplement possible) Rentes d'éducation 18 ans < 5 % PMSS 18 ans > 15 % PMSS et maximum 26 ans Sans limite d'âge et viagère si enfant en situation de handicap

NOS REVENDICATIONS POUR UNE COMPLEMENTAIRE SANTE ET UNE PREVOYANCE DE HAUT NIVEAU POUR LES HOSPITALIER·ÈRE·S :

- ➔ Un niveau de garantie de haut niveau et une vraie prise en compte de la santé des femmes : les hospitalier·ère·s méritent mieux qu'un panier de soins « *low cost* » avec des options que seules les catégories les plus élevées pourraient se payer.
- ➔ Une participation totale ou à défaut majoritaire de l'employeur au financement de la cotisation.
- ➔ Libre choix de la mutuelle par l'agent·e :
 - Refus d'une mutuelle unique et imposée,
 - Une véritable solidarité intergénérationnelle : pourquoi les hospitaliers qui sont souvent cassés par le travail devraient-ils voir leurs budgets mutuelle exploser à la retraite ?
 - La prise en charge des ayant·e·s droit (enfants, etc.)
- ➔ La généralisation des soins gratuits à tous les hospitalier·ère·s (titulaires, stagiaires et contractuel·les) sur tout le territoire, dans tous les établissements y compris pour les soins de ville (comme c'est déjà le cas à l'APHP) : les soins gratuits sont un droit existant, le ministère doit permettre aux hospitalier·ère·s de l'exercer.
- ➔ Une négociation éclairée par un chiffrage précis avec un financement dédié de 1,5 milliard d'euros minimum comme évoqué lors des premières réunions à la DGOS avec la garantie que le ministère compensera totalement les dépenses des établissements.
- ➔ Le maintien du financement et des prérogatives du CGOS notamment le maintien de l'Aide Sociale aux Agent·e·s en Situation de Maladie (ASAM : prestation maladie du CGOS complétant le demi traitement).
- ➔ Le maintien et le développement des droits statutaires concernant la prévoyance : arrêts maladie, invalidité, décès.

[SIGNEZ ET FAITE SIGNER LA PÉTITION](#)



Flashez ou cliquez juste [ici](#)