



LA COMPLEMENTAIRE SANTE BUREAUX D'ETUDES

ANALYSES ET PROPOSITIONS CGT

Août 2023

TABLE DES MATIÈRES

En guise d'introduction	3
Quelques éléments de contexte	5
L'historique de la négociation	5
Focus sur les résultats du régime	7
Quelques données statistiques de branche observées sur 2022 :.....	8
La renégociation de l'accord-Revendications et propositions CGT	10
Quelques éléments revendicatifs :.....	10
Pour la CGT :	11
Le degré élevé de solidarité (DES) :.....	12
Les niveaux de garanties. Propositions d'un tableau de garanties	13
Les médecines douces sont -elles vraiment si douces ?	17
En guise de conclusion	19

En guise d'introduction

Une complémentaire santé protège les salarié-e-s contre les dépenses auxquelles ils doivent faire face lors d'une visite chez le médecin généraliste, d'une hospitalisation, de soins dentaires ou de frais d'optiques...

Elle vise à compléter les remboursements du régime d'Assurance maladie dit de base, sur les postes de dépenses partiellement ou pas du tout pris en charge par celui-ci.

Quel bilan tiré de la généralisation de la complémentaire santé ?

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 poursuivait 3 objectifs :

- 1. Améliorer le taux de couverture des salarié-e-s du privé notamment sur les garanties optiques ;**
- 2. Rendre obligatoire la prise en charge par l'employeur de la complémentaire santé ;**
- 3. Favoriser la mobilité des salarié-e-s en maintenant la couverture des salarié-e-s quittant leur entreprise.**

Depuis mai 2015, une étude prospective de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) affirmait que l'ANI n'aurait qu'un effet limité sur l'amélioration du taux de couverture de la population. En effet, l'IRDES indiquait que les salarié-e-s actifs bénéficiaient déjà d'un des taux de couverture les plus élevés de la population (96,4%) contre (95%) pour l'ensemble de la population. A contrario, les salarié-e-s les plus précaires étaient ceux qui accusaient un taux de couverture inférieur à la moyenne (privés d'emplois, CDD, CMUC, apprentis, temps partiel...).

La généralisation de la complémentaire santé a exclu les retraité-e-s de son champ d'application et entraîné une régression pour les actifs devenant retraité-e-s (Loi EVIN), en supprimant le plafond d'augmentation de 150% au terme de la 4^{ème} année de sortie du régime applicable aux actifs qui peut être atteint dès la 3^{ème} année.

La réforme n'a pas résolu la difficulté d'accès au soin des retraité-e-s avec la fin de la participation employeur et la sortie des contrats collectifs pour les anciens salarié-e-s, entraînant une augmentation du coût pour les retraité-e-s de 50%.

Dans les faits, la généralisation de la complémentaire santé a donc concerné les salarié-e-s les plus stables et mis à l'écart les salarié-e-s les plus précaires, ainsi qu'une proportion importante des populations mal couvertes avant 2016 (étudiants, une partie des chômeurs, fonctionnaires, retraités).

Concernant le contrat complémentaire santé BET, la négociation d'un nouvel accord est programmée pour septembre 2023. Aujourd'hui, seules deux organisations syndicales de salarié-e-s sont signataires de l'accord, la CFDT et la CFTC qui l'a signé en février 2021. La CGT compte peser dans cette négociation, comme elle l'a déjà fait en 2015 et en 2020 mais avec une exigence d'avoir un haut niveau de protection sociale conjuguant prévoyance et complémentaire santé.

Quelques éléments de contexte

En 2020, date de la renégociation de l'accord frais de santé de 2015, la CGT a participé à la négociation de l'accord et a fait des propositions. Vous pouvez les retrouver dans le livret accessible sur notre site : <https://www.soc-etudes.cgt.fr/info-branches/analyses/la-complementaire-sante-bureaux-detudes/>

Nos propositions n'ont pas été entendues par le patronat sur des points fondamentaux comme :

- le niveau de garanties avec un seul régime de base conventionnelle avec des hauts niveaux de garanties respectant les exigences du « contrat responsable » ;
- une mutualisation du fonds social dont la cotisation est acquittée par toutes les entreprises de la branche ;
- les garanties doivent être en % du PMSS de même que la cotisation ;
- la prise en charge de la part employeur à hauteur de 60%.

L'augmentation du recours aux surcomplémentaires individuelles, cette tendance est constatée sur le terrain par de nombreux négociateurs syndicaux, et elle est soutenue par certaines organisations syndicales de salarié-e-s dans les BET, notamment par la CFDT signataire de l'accord de 2015. Notre position sur ce sujet n'a pas varié depuis 2015, nous souhaitons un tableau de garanties avec une base conventionnelle sans options afin d'éviter le déséquilibre financier du régime.

Cette tendance de proposer des options dans les contrats frais de santé signifie un désengagement progressif de la Sécurité Sociale vers les organismes complémentaires et enfin vers les salarié-e-s et leurs familles, fragilisant le principe d'égalité devant l'accès à la santé.

L'historique de la négociation

L'accord de branche initial frais de santé de 2015 est issu d'une recommandation et a fait l'objet d'une renégociation en 2019, finalisée par un avenant n°4 du 3 novembre 2020 signé uniquement par la CFDT. Cet avenant contractualise la procédure de mise en concurrence et le choix de 3 organismes assureurs recommandés (Malakoff Humanis Prévoyance, Harmonie Mutuelle et Aésio) prévue à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité Sociale, au titre de la complémentaire santé.

Les signataires de l'avenant n°4 ont modifié le tableau des garanties en rajoutant « une base optionnelle + option 3 », une option facultative « renfort hospitalisation » non responsable dont la cotisation est financée à 100% par le salarié et en intégrant dans les soins courants le poste « médecine douce » non remboursé par la Sécurité Sociale.

Depuis la renégociation du contrat en 2020, un avenant n°5 de révision des cotisations a été signé le 21 février 2023, il acte l'évolution des cotisations afin de pérenniser l'équilibre du régime. Les cotisations sont modifiées à compter du 1^{er} juillet 2023. La majoration représente 4% au global des cotisations.

Le tableau des garanties à compter du 1^{er} juillet 2023 :

Article 1^{er} | *Montant des cotisations*

L'article 2 de l'annexe III « Montant des cotisations » de l'accord de branche du 7 octobre 2015 modifié relatif à la complémentaire santé est modifié de la manière suivante :

« Article 2 | *Tableau détaillé des cotisations de base et des montants des options*

	Garanties obligatoires et facultatives	Salarié + enfant(s)	Conjoint
Régime général (RG)	Base	52,00 €	45,50 €
	Option 1	12,50 €	11,00 €
	Option 2	28,50 €	24,50 €
	Option 3	55,00 €	49,00 €
	Base + option 1 obligatoire	62,50 €	56,50 €
	Option 2	16,00 €	13,50 €
	Option 3	42,50 €	38,00 €
	Base + option 2 obligatoire	76,50 €	70 €
	Option 3	26,50 €	24,50 €
	Base + option 3 obligatoire	103,00 €	94,50 €
Régime local (Alsace-Moselle)	Base	34,50 €	30,00 €
	Option 1	12,50 €	11,00 €
	Option 2	28,50 €	24,50 €
	Option 3	55,00 €	49,00 €
	Base + option 1 obligatoire	45,00 €	41,00 €
	Option 2	16,00 €	13,50 €
	Option 3	42,50 €	38,00 €
	Base + option 2 obligatoire	59,00 €	54,50 €
	Option 3	26,50 €	24,50 €
	Base + option 3 obligatoire	85,50 €	79,00 €

Exemple : si une entreprise (hors Alsace-Moselle) choisit de rendre obligatoire l'option 1, alors le tarif est de 62,50 €. Si le salarié souhaite bénéficier de l'option 3, alors le tarif sera majoré de 42,50 €, soit 105,00 €. »

Focus sur les résultats du régime

Les comptes de résultats transmis lors de la CPS (Commission Paritaire de Surveillance) de juillet 2023 affichent pour le régime conventionnel seul un résultat de S/P net de 76%, pour l'option 1 : un S/P de 104% pour l'option 2, un S/P de 126% et pour l'option 3 un S/P de 148%.

Un régime équilibré ne doit pas être au-dessus de 100%, même si au global (Base + les 3 options) le régime est à l'équilibre, comme nous l'avions prévu, les options pèsent sur les résultats du régime notamment l'option 3 qui affiche des résultats très négatifs.

Le total du régime conventionnel et des 3 options affiche un résultat global de 97,5%.

Ce qui nous conforte à privilégier un seul régime de base conventionnelle.

Pour la CGT, les postes sensibles à négocier et à privilégier dans un régime frais de santé sont :

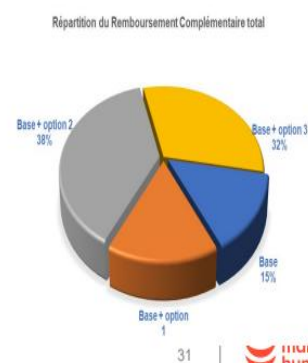
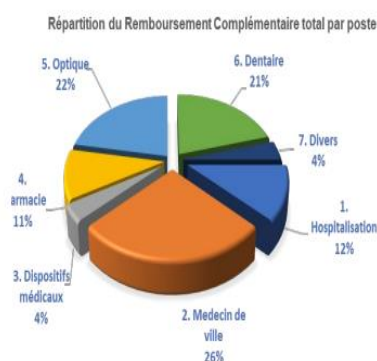
- **Le dentaire** : en raison du dépassement d'honoraires élevés (prothèses, orthodontie) et le développement de nouvelles techniques dentaires coûteuses et peu ou pas remboursées par le régime de base (implants, parodontie...)
- **L'hospitalisation** : marquée par de forts dépassements d'honoraires (actes de chirurgie), notamment sur les interventions en secteur privé (dans la limite des plafonds prévus par le contrat responsable pour les praticiens non signataires OPTAM ou OPTAM-CO) et l'augmentation des frais annexes non remboursés par la Sécurité Sociale (chambre particulière, forfait journalier pour le régime général, frais accompagnement, franchise forfaitaire pour actes coûteux...).
- **La médecine de ville** : au vu de l'accroissement des dépassements d'honoraires sur les consultations de spécialistes (gynécologue, ophtalmologiste...), mais dans la limite des plafonds prévus par le contrat responsable pour les praticiens non signataires OPTAM ou OPTAM-CO.
- **Les prothèses orthopédiques** : caractérisées par de forts dépassements des bases de remboursement de la Sécurité Sociale.
- **Les prothèses auditives** : dont les coûts sont élevés et les remboursements insuffisants au niveau du régime de base.
- **L'optique** : à cause d'une prise en charge quasi inexistante par le régime d'Assurance maladie dit de base, mais dans la limite des plafonds ANI et plafonds du contrat responsable.

Quelques données statistiques de branche observées sur 2022 :

- **Les adhésions** : 14 100 entreprises sont adhérentes ce qui représente 68 158 salarié-e-s couvert-e-s.
- **Le choix des garanties** : Les entreprises choisissent à 44% la formule de base, les salarié-e-s eux optent pour la formule de base à 30%, l'option 2 est choisie à 24% par les entreprises et à 25% par le salarié-e.

Formule choisie par entreprise	Nombre d'entreprises adhérentes		Nombre de salariés affiliés		Nombre d'ayants droits affiliés		Formule choisie par salarié	Nombre de salariés affiliés		Nombre d'ayants droits affiliés	
	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %		Nombre	En %	Nombre	En %
Base	6 158	44%	30 201	44%	19 929	37%	Base	20 418	30%	9 052	27%
							Option 1	4 245	6%	4 055	8%
							Option 2	4 298	6%	5 207	9%
							Option 3	1 240	2%	1 616	3%
Option 1	2 032	14%	10 399	15%	8 211	15%	Option 1	8 469	12%	5 732	11%
							Option 2	1 599	2%	2 043	3%
							Option 3	331	0%	435	1%
Option 2	3 432	24%	17 719	26%	15 586	29%	Option 2	16 872	25%	14 425	24%
							Option 3	847	1%	1 161	2%
Option 3	2 479	18%	9 839	14%	10 148	19%	Option 3	9 839	14%	10 148	13%
Total	14 100	100%	68 158	100%	53 874	100%		68 158	100%	53 874	100%

• Le remboursement complémentaire par famille d'actes :



Famille d'actes	Nombre d'actes	Frais réels	Remboursement SS	Remboursement autre Mutuelle	Remboursement complémentaire (choix du salarié)				Remboursement complémentaire	Montant du reste à charge	Taux de couverture
					Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3			
. Hospitalisation	122 877	14 637 313	8 602 027	21 732	883 235	799 881	1 889 342	1 516 939	5 089 396	924 159	93,7%
. Medecin de ville	1 303 502	31 930 092	18 395 173	20 673	1 958 310	1 959 899	4 262 828	3 203 368	11 384 404	2 129 843	93,3%
. Dispositifs médicaux	83 457	4 256 188	2 010 115	12 158	238 617	254 006	654 351	449 066	1 596 041	637 875	85,0%
. Pharmacie	2 678 404	11 080 797	6 345 362	133	852 088	812 527	1 781 036	1 174 208	4 619 860	115 442	99,0%
. Optique	88 310	12 894 615	33 557	72 247	1 324 927	1 416 529	3 712 512	3 077 023	9 530 991	3 257 819	74,7%
. Dentaire	151 107	18 076 547	5 030 520	153 558	884 840	1 127 767	3 650 822	3 328 812	8 992 242	3 900 228	78,4%
. Divers	53 272	2 729 521	9 996	3 779	170 512	242 015	553 968	851 300	1 817 796	897 950	67,1%
Total	4 480 929	95 605 073	40 426 750	284 278	6 312 529	6 612 625	16 504 859	13 600 717	43 030 729	11 863 316	87,6%

Le taux de couverture total (tout poste de familles d'actes) est de 87,60%, il est à noter que l'optique et le dentaire ont un taux de couverture en dessous 80%.

Alors que le panier 100% santé sur les postes optique, dentaire et auditif devait permettre aux assurés une meilleure prise en charge, nous observons que le régime de branche sur le 100% santé n'a qu'un effet limité sur l'amélioration du taux de couverture des assuré-e-s.

Pour le 100% santé du poste optique : 2% des bénéficiaires ont choisi le panier A « reste à charge 0 » et 98% le panier B

Pour le poste 100% santé du poste prothèses dentaires : 4% des bénéficiaires ont choisi le panier « reste à charge 0 » et 72% ont opté le panier : tarif libre.

Pour le poste 100% santé du poste prothèses auditives : 14 % des bénéficiaires ont choisi le panier « reste à charge 0 » et 67% ont opté pour le panier des tarifs libres.

La renégociation de l'accord-Revendications et propositions CGT

Depuis 2015, la CGT a participé aux négociations et a fait des propositions qui n'ont pas été entendues. Dans ce contexte de renégociation, la CGT souhaite réaffirmer ses positions en matière de complémentaire santé et elle entend préciser un certain nombre d'éléments.

C'est la Sécurité Sociale qui est le socle de la protection sociale. En ce sens, elle est porteuse de droits essentiels tels que les droits de bien vivre, bien travailler et bien vieillir. Nous restons convaincus que seule la Sécurité Sociale est apte à remplir ce rôle eu égard au principe de solidarité de branche, auquel nous ne dérogerons en aucune façon.

Quelques éléments revendicatifs :

Le droit à la santé tout au long de sa vie.

La santé est un droit fondamental qui doit être garanti à toutes et à tous.

La santé est un concept large, qui ne peut se réduire à une absence de maladie. Il est donc nécessaire d'avoir une approche globale de sa définition. Elle suppose d'obtenir les moyens de construire son bien-être physique, psychique et social.

La santé est un droit individuel et social : la santé est une dimension fondamentale de la qualité de vie. Pour y accéder, l'ensemble des droits fondamentaux doit être garanti. La santé n'est pas acquise une fois pour toutes, mais doit être considérée dans une perspective dynamique. Une altération de la santé du fait de l'amaigrissement des capacités physiques, psychiques ou physiologiques peut conduire à une situation de handicap et de perte d'autonomie

Pour une politique globale du travail et de santé : le travail est plus que le moyen de gagner sa vie, il permet de se prendre en charge, de s'assumer, d'être relié aux autres et donc de s'épanouir et de développer sa santé.

La prévention de la santé au travail est déterminante pour l'efficacité d'une politique de santé au niveau de la branche.

Dans ce cadre, les partenaires sociaux doivent impulser une politique de prévention, d'éducation et de promotion de la santé en travaillant sur des actions de préventives et de soins de qualité, pour cela il faut bénéficier d'un environnement sain, d'un suivi médical régulier et accéder aux meilleurs soins.

Il est donc impératif que dans le cadre de l'appel d'offres et du cahier des charges soit intégrée la question de la solidarité de branche, incontournable à notre approche de mise en place d'un régime « santé » de branche ».

- Une mutualisation du fond social dont la cotisation est acquittée par toutes les entreprises de la branche ;
- Les bénéficiaires des prestations du régime : le salarié + enfant + conjoint à charge ;
- La couverture du conjoint à charge au sens de la Sécurité Sociale dans le régime de base ;
- Un ensemble de prise en charge de prévention dans le « tableau de garanties » ;
- Les garanties doivent être en % du PMSS de même que les cotisations ;
- La répartition de la cotisation répartie selon les taux suivants : 60% employeur / 40% salarié-e.
- Privilégier le réseau de soins issu d'un partenariat entre un organisme complémentaire santé et des professionnels de santé, il permet aux assuré-e-s d'accéder à des tarifs négociés, de services préférentiels et de bénéficier du tiers payant sur la part Sécurité Sociale et sur la part complémentaire ;
- Un seul régime de base avec des hauts niveaux de garanties respectant les exigences du « contrat responsable ».
- Nous souhaitons un seul organisme recommandé pour la branche ;
- Nous souhaitons retenir qu'une mutuelle ou un institut de prévoyance qui sont à but non lucratif contrairement aux assureurs à but lucratif qui rémunèrent des actionnaires.

Pour la CGT :

Il faut absolument éviter la mise en place d'options facultatives pour les salarié-e-s car, d'une part, elles peuvent conduire à solvabiliser des logiques de dépassement d'honoraires des praticiens et, d'autre part, car elles induisent également un transfert de la responsabilité de la protection sociale de la collectivité vers l'entreprise et enfin jusqu'au salarié-e.

Le degré élevé de solidarité (DES) :

Ce degré élevé de solidarité (DES) doit être financé à minima par un montant égal à 2% du montant des cotisations des salarié-e-s.

Cela passe nécessairement par :

- La détermination des priorités de santé de branche ;
- La mise en œuvre d'un DES avec la mise en œuvre des actions ;
- La mutualisation du DES pour toutes les entreprises de la branche ;
- L'organisation adaptée d'une utilisation des fonds.



Les niveaux de garanties. Propositions d'un tableau de garanties

HOSPITALISATIONS	BASE CONVENTIONNELLE
<i>Actes remboursés par la Sécurité Sociale</i>	<i>Les remboursements s'entendent sous déduction de la Sécurité Sociale</i>
Frais de séjour	
Séjour en secteur conventionné	100 % FR-SS
Séjour en secteur •non conventionné	90 % FR-SS avec Minimum 100 % BR-SS
Honoraires (Consultations et actes)	En secteur conventionné : OPTAM/OMPTAM-CO : 300 % BR NON OPTAM : 200% BR En secteur non conventionné : 200 % BR
Chambre particulière	En maternité : 2 % PMSS Autre cas : 2 % PMSS
Chambre particulière ambulatoire	40€
Frais d'accompagnement enfant	1,5 % PMSS (12 ans)
SOINS COURANTS (y compris maternité)	
Honoraires médicaux	
Consultations et visites de généralistes	
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	270 % BR
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	200 % BR
Consultations et visites spécialistes	
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	270 % BR
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	200 % BR
Actes techniques médicaux	
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	270 % BR
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	200 % BR
Actes d'imagerie médicale	
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	170 % BR
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	150 % BR
Honoraires et paramédicaux	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « MonPsy »	100% BR limité à 8 séances /an et par bénéficiaire

Médicaments	
Médicaments remboursés par le RO	100 % BR
Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	25€/an
Vaccins anti-grippe prescrits mais non remboursés par le RO	100 % BR
Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	50€/an
Sevrage tabagique non remboursé par le RO	50€/an
Matériel médical (hors aides auditives)	260 % BR

AIDES AUDITIVES	
<i>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.</i>	
Equipement "100 % SANTE" classe 1	100 % FR
Prothèse auditive Hors "100 % santé" Tarif libre Bénéficiaire de 20 ans ou plus	260 % BR
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	260 % BR
OPTIQUE	
<i>Renouvellement limité à 1 équipement (monture +verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées.</i>	
Equipement "100 % SANTE" (classe A) Monture -de 16 ans 100% Santé	100% FR
Monture réseau et hors réseau Bénéficiaire plus de 16 ans	100€
Monture réseau et hors réseau Bénéficiaire moins de 16 ans	70€

Verre		
Bénéficiaire de 16 ans ou plus (2 verres)	Forfait	Réseau optique
Simple-simple	250€	300€
Simple-complexe	350€	400€
Complexe-complexe	350€	400€
Très complexe-très complexe	450€	550€
Simple-très complexe	350€	400€
Complexe-très complexe	450€	550€
Bénéficiaire de moins de 16 ans	Forfait	Réseau optique
Par verre simple	70€	105€
Par verre complexe	200 €	245€
Par verre très complexe	250€	295€
Prestations d'adaptation		100 % BR
Prestations d'appairage		100 % BR
Lentilles correctrices Remboursées ou non par le RO (y compris lentilles jetables)		4 % PMSS (plafond annuel)
Autres prestations optiques : chirurgie optique réfractive		15 % PMSS / œil
Soins et prothèses dentaires "100 SANTE"		100 % FR
Soins hors "100 % SANTE"		
Soins dentaires		170 % BR
Inlays-onlays Tarif maîtrisé et libre		170 % BR
Prothèse dentaire hors "100 % SANTE"		
Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre		270 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)		247,25 € (max 3/an)
Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre		270 % BR
Orthodontie		
Remboursée par le RO		300 % BR
Non remboursée par le RO		Néant

Autres prestations dentaires Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant)	200 € (3 max/an)
AUTRES GARANTIES Transport (à l'exclusion de la cure thermale) Forfait naissance ou adoption Cure thermale Remboursée par le RO Honoraires médicaux – frais de transport Frais d'hébergement à l'exclusion des frais de repas	100 % BR 10 % PMSS 100 % BR + 5 % PMSS
Prévention / dépistage Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L.871-1 du code de la SS) Diététicien non remboursé par le RO Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par le RO Médecine douce	100 % BR 20 €/séance (maxi 60 €/an) 50 € Acte non remboursé par la Sécurité Sociale Néant

Rappel du contrat responsable : le contrat dit « solidaire et responsable » est un contrat de complémentaire santé qui doit se conformer à certaines règles de remboursement des dépenses de santé. Les contrats souscrits par un employeur au profit de ses salarié-e-s sont obligatoirement responsables.

Un contrat responsable doit prendre en charge :

- Le ticket modérateur de tous les actes et équipements remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, dans le cadre du parcours de soin ;
- Le forfait journalier hospitalier ;
- L'intégralité des dépenses en optique (2020), dentaire (2020) et aides auditives (2021) dans le panier 100% santé, au-delà du ticket modérateur.
- En dehors du panier 100% santé, les garanties du contrat responsable sont encadrées par :
- Des minima et des plafonds de remboursement pour les lunettes (verres et montures) ;
- Un plafond de remboursement des aides auditives.
- En revanche, un contrat responsable ne peut pas prendre en charge certaines dépenses, notamment la participation forfaitaire de 1€.

Les médecines douces sont -elles vraiment si douces ?

(Ostéopathie, acupuncture, chiropractie, naturopathie, ergothérapie, psychologue, tabacologie etc...) pratiques auparavant méconnues sont désormais devenues incontournables. A tel point que les assureurs santé en ont fait un axe « d'innovation » tant elles sont plébiscitées. Mais à quel prix ?

La différence principale des médecines douces par rapport aux consultations classiques est leur durée. En effet, si la durée moyenne d'une visite chez un généraliste varie de 10 à 20 minutes, la durée de consultation des médecines douces est d'environ une heure.

Les bases de remboursements de la Sécurité Sociale pour les médecins sont incomparables à ce que demande, par exemple un naturopathe. La durée varie du simple au triple ; la facture également.

Par ailleurs, cette facture n'est pas représentative du différentiel de parcours d'études entre médecins traditionnels et praticiens en médecine douce.

Pour répondre à cette attente croissante des adhérents, les assureurs ont intégré des forfaits « médecines douces » pour innover et se différencier des concurrents. Ces forfaits sont devenus si incontournables qu'en réalité, il n'est plus possible de ne pas en proposer. Dans ces conditions, peut-on encore parler d'innovation ?

De complémentaires, elles deviennent alternatives : de plus en plus de français, considèrent certaines disciplines de médecines douces, non plus comme complémentaires, mais comme alternatives. Cet aspect pose question car peut engendrer des retards de diagnostics préoccupants.

Il est indispensable d'anticiper les désengagements de la Sécurité Sociale, les éléments sensibles sont nombreux :

- Sur la pharmacie ;
- Sur le forfait journalier et les chambres particulières ;
- Sur les affections de longues durées ;
- Sur l'arrêt de travail ;
- La réforme des retraites ;
- Etc....

La gestion des médecines douces est coûteuse

Ces nouvelles pratiques ne sont pas prises en charge par le régime obligatoire. Les remboursements interviennent donc dès le premier euro ; ce qui les rend beaucoup plus coûteux qu'un ticket modérateur. Rappelons que le ticket modérateur pour une consultation de généraliste n'est que de 7,50€ !

Retour aux sources !

Il devient nécessaire de recentrer les discussions, les négociations, les créations de produits sur les postes clefs ; ce qui permettra d'argumenter différemment en se basant sur la gravité plutôt que sur la fréquence.

Ainsi en santé, priorité doit être donnée à :

- L'hospitalisation
- Le dentaire
- La médecine de ville
- Les prothèses auditives

Le renfort constant des garanties médecines douces, bien que recherché par les adhérents, n'est pas gage d'équilibres techniques et ne permet pas de maîtriser le risque... des assuré-e-s.

C'est en revenant au principe même de l'assurance que l'on comprend que la couverture des médecines douces ne revêt pas d'un aspect prioritaire. La notion de gravité doit rester au cœur des décisions et, en ce sens, les priorités sont ailleurs.



En guise de conclusion

Comme pour la prévoyance dite lourde, la complémentaire santé a toujours été un dossier important à négocier dans les branches. C'est pourquoi, nous nous sommes investis dans la négociation dès le début, c'est-à-dire dès 2013.

Notre objectif est d'avoir un haut niveau de protection sociale conjuguant prévoyance et complémentaire santé.

Nous savons que la négociation ne sera pas facile. Pour autant, nous avons travaillé le dossier en profondeur à partir de nos revendications avec des exigences sur des points fondamentaux pour les salarié-e-s.

Dan le cadre de cette négociation, nous allons devoir défendre nos propositions et faire en sorte qu'elles soient entendues par le patronat.

Nous avons conscience que la bataille de cette négociation sera longue et difficile mais nous la parcourront en construisant le rapport de force nécessaire.

Aujourd'hui, seule la CFDT et la CFTC sont signataires de l'accord sur la complémentaire santé.

La CGT, par et avec ses propositions, pour peu qu'elles soient entendues, pourrait, à son tour, signer l'accord. Une nouvelle négociation doit s'engager dès le mois de décembre 2023. La CGT s'y inscrira comme à son habitude pleinement.



Fédération CGT des Sociétés d'Etudes

Case 421 – 263, rue de Paris – 93514 MONTREUIL Cedex

Tél : 01 55 82 89 41 – Fax : 01 55 82 89 42

E-Mail : fsetud@cgt.fr – Site Internet : www.soc-etudes.cgt.fr