

FRANCE MEDIAS MONDE

COMITE SOCIAL ET ECONOMIQUE SEANCE EXTRAORDINAIRE N°9

MARDI 23 MAI 2023

(Visioconférence)

(La séance est ouverte à 10 h 15 sous la présidence de Mme BARRIERE)

- PRESENTATION PAR AUDIENS DES COMPTES FMM 2022 ET PERSPECTIVES POUR LES CONTRATS SANTE ET PREVOYANCE.

Mme BARRIERE.- Merci à tous de nous rejoindre.

Je vous présente Frédéric Deal, Chloé Haag et Laetitia Beyrand d'Audiens, qui vont vous présenter les éléments chiffrés depuis 2020 jusqu'à 2022, pour certains éléments, détaillés en 2022 mais pour d'autres non parce que je crois que vous n'avez pas reçu, Laetitia, tous les éléments de WTW, ex-Gras Savoye, sur le détail des consommations. Dès que vous les aurez, peut-être pourrez-vous mettre à jour le document et on le partagera avec les élus.

Aujourd'hui nous avons un compte bien déficitaire, avec plusieurs éléments d'explication. N'hésitez pas à poser des questions, il y a des situations exogènes qui sont liées à l'évolution nationale et d'autres qui sont peut-être plus liées à notre mode de consommation à France Médias Monde. Voilà la présentation qui va vous être faite, ensuite nous aurons à discuter de ce que l'on fait dans le futur.

Un autre élément pour les élus, ce document sera adressé à votre expert dans le cadre de la consultation sur la politique sociale de l'entreprise, comme on l'avait fait en 2021 mais ce document n'avait pas été

formellement présenté en instance. L'objet aujourd'hui est de balayer les trois dernières années, 2020, 2021 et 2022.

M. DEAL.- Très bien.

Si vous me le permettez pour compléter votre introduction de manière un peu générale, d'abord merci beaucoup pour votre accueil et votre disponibilité un peu à la dernière minute. Je comprends que c'est un CSE extraordinaire, merci d'avoir pris en considération la situation du compte, merci à Laurence et à Pierre de nous donner l'opportunité de partager avec vous le constat du diagnostic sur un des volets de la protection sociale que sont les frais de santé auxquels nous sommes arrivés conjointement.

On s'inscrit dans un appel d'offres qui a eu lieu en 2019 et qui a pour effet la mise en production, la mise en place de ce nouveau régime frais de santé au 1^{er} janvier 2020. Audiens avait été sélectionné sur la base d'une tarification d'équilibre du compte, dont l'évaluation de bonne foi qui a été par la suite éprouvée par notre analyse conjointe, France Médias Monde, Audiens et le conseil indépendant de France Médias Monde, qui reposait sur des éléments statistiques, démographiques fournis à l'occasion de cette mise en concurrence.

Les éléments que vous qualifiez, Laurence et je suis tout à fait d'accord avec vous pour une partie en tout cas, d'exogènes, ont créé très vite, dès la première année du marché, dès 2020, une situation de déséquilibre.

Pour le principal, dans les éléments exogènes on a évidemment en 2020 la crise sanitaire et économique d'une part qui a eu un impact non négligeable sur la trajectoire et l'accompagnement sanitaire et médical de la population d'une manière générale, et d'autre part, l'autre élément vraiment un peu révolutionnaire sur la partie des réformes, on en parlera un peu tout à l'heure, c'est la réforme dite du 100 % Santé dont le coût s'est avéré, pour la Sécurité Sociale, de prime abord, très sous-évalué par

rapport à ces prévisions. On se retrouve aujourd'hui dans une situation, qui va vous être présentée, de déficit cumulé important, un peu plus de 1 M€ depuis le début du marché, dont le coût est supporté par Audiens.

La raison pour laquelle on se retrouve aujourd'hui est un peu aussi la question de l'ADN d'Audiens que je voudrais balayer en quelques mots. Audiens est un groupe de protection sociale à gouvernance paritaire dont la singularité, dans le monde de la protection sociale de l'assurance de personnes, est de proposer un modèle de mutualisation qui repose sur la solidarité professionnelle. On est dédié aux professionnels et aux secteurs des médias et de la culture, on couvre aujourd'hui un peu plus de 30 000 entreprises et institutions de ces secteurs d'activité, mais également les populations dont les conditions de travail nécessitaient la mise en place de dispositifs ad hoc que sont en particulier les journalistes pigistes et les professionnels intermittents.

Tout cela pour vous dire que la trajectoire financière des régimes que nous couvrons a un impact direct sur ce modèle-là, sur la soutenabilité du régime dans la durée par nous ou d'autres, c'est tout à fait commun, mais également pour ce qui concerne Audiens, sur l'effort que les autres régimes, donc les institutions et entreprises couvertes par Audiens, devront fournir pour combler le déficit constaté.

A ce stade, il nous semblait impensable de ne pas partager avec vous ce constat, sur le principe d'abord, sur ce que j'explique, ensuite compte tenu de la place de l'Audiovisuel public, de France Médias Monde dans la vie et l'économie médiatique et culturelle en France.

Nous comprenons par ailleurs, avec nos échanges préalables avec Laurence et Pierre, qu'une mesure de rééquilibrage des comptes dans le courant de l'année 2023, pour nombre de raisons, en particulier budgétaires, est difficilement envisageable. L'enjeu, au-delà de ce partage de diagnostic qui va permettre des échanges entre nous, avec vous, et des

échanges futurs, est effectivement d'envisager dans quelles conditions on peut retourner à un équilibre du régime à l'horizon du 1^{er} janvier 2024.

Moi, Frédéric Deal, je chapeaute l'équipe qui suit les grands comptes en relation directe, ce qui comprend notamment l'Audiovisuel public, puisque l'ensemble de l'Audiovisuel public est aujourd'hui couvert par Audiens, Laetitia Beyrand est responsable d'affaires et travaille avec Chloé Haag qui est chargée de portefeuilles et qui sont dédiées à l'Audiovisuel public. Je laisse la parole à Laetitia et Chloé.

Mme BEYRAND.- Merci Frédéric. Je vais vous partager le document que l'on a préparé pour aujourd'hui.

On va passer assez rapidement sur les premières slides. Frédéric en a déjà parlé.

Aujourd'hui on se concentre sur le régime frais de santé de France Médias Monde, c'est vraiment l'objectif de la séance. On voit que l'on a un déficit, on le verra dans le détail, depuis la mise en place du régime pour nombre de raisons : la réforme du 100 % Santé, le rattrapage des soins suite aux confinements strict et moins strict de 2020 et 2021.

Globalement, en 2022 on a un ratio sinistres/primes de 1,31. Aujourd'hui, on va vous présenter les comptes de résultats frais de santé, on va partager avec vous l'analyse de la consommation. Ensuite, l'idée est que l'on puisse échanger en fin de séance sur le sujet, je dis "échanger en fin de séance", toutefois pour rendre la présentation un peu plus dynamique surtout n'hésitez pas à nous interrompre pour nous poser toutes les questions qui vous sembleront utiles.

Pour mémoire, l'appel d'offres page 4, qui a institué le régime en place, a été réalisé en 2019 avec une date d'effet au 1^{er} janvier 2020, un marché prévu pour 5 ans, une tarification a priori d'équilibre réalisée par Audiens, sur la base des éléments techniques qui avaient été transmis à tous les soumissionnaires dans le cadre du DCE, et un engagement de la part d'Audiens de maintenir les cotisations sur la durée du marché.

Page 5, je vais passer rapidement, Frédéric a déjà rapidement présenté le groupe Audiens, pour celles et ceux qui le connaissent moins, donc je vous propose de passer là-dessus et de passer directement aux éléments de contexte.

J'insiste sur le fait que les éléments de contexte que l'on verra sont des éléments nationaux et ne sont, pour l'instant, en rien liés avec France Médias Monde. L'idée était de placer les résultats de France Médias Monde que l'on verra ultérieurement dans le contexte national.

Mme HAAG.- Page 7, pour compléter ce que vient de vous présenter Laetitia, l'objectif, comme on est vraiment sur une vision de frais de santé uniquement, est de pouvoir amener les chiffres que l'on va vous présenter et de les mettre en relation avec une vision réglementaire. On a souhaité partager avec vous la chronologie de tout ce qui a pu se passer au niveau réglementaire sur la complémentaire santé en France. On ne va pas rentrer dans le détail puisque, comme vous pouvez le voir, presque chacune des années a eu son lot de réformes et de modifications.

Il faut juste peut-être retenir que depuis 2016, on a eu l'entrée en vigueur du contrat responsable. Comme vous le savez, le contrat responsable a été une demande du gouvernement pour encadrer et accompagner les personnes à pouvoir se soigner. Des garanties ont été plafonnées, encadrées, et il y a eu aussi des garanties avec des planchers. C'est vraiment le contrat soins, le contrat responsable.

Ensuite, sur l'année 2019 on a commencé à évoquer la réforme du 100 % Santé. Elle a été déployée progressivement, d'abord sur l'optique et le dentaire et ensuite, en 2021, sur l'audiologie, l'idée étant de permettre à chacun des Français d'avoir accès aux soins et qu'il n'y ait pas de renoncement à se soigner pour des raisons financières. L'idée de cette réforme 100 % Santé est de proposer différentes prestations dans différents paniers de soins. Je ne sais pas si c'est quelque chose qui vous parle, on verra peut-être un peu plus en détail cette réforme du 100 % Santé avec les

impacts et on aura aussi la vision sur la consommation propre aux collaborateurs de France Médias Monde sur cette réforme.

Encore une fois, n'hésitez pas à nous interrompre si vous avez des questions ou des sujets qui vous semblent un peu obscurs.

Page 8, toujours pour poursuivre sur cette vision un peu réglementaire, on a connu une crise sanitaire sans précédent en 2020. De cette crise sanitaire a découlé certaines problématiques qui ont été identifiées, notamment le besoin de pouvoir consulter des psychologues et d'être accompagné dans cette démarche. Pour rappel, en mars 2021 a été mise en place la prise en charge de consultations par des psychologues, de 4 séances par an et par bénéficiaire, avec un coût maximum de 60 €. Bien entendu, ces consultations ont été prises en charge sous réserve d'une prescription médicale.

Dans la continuité de ce qui a été mis un peu en urgence par le gouvernement en mars 2021, une autre mesure a découlé qui est passée en avril 2022, c'est la mise en place de MonPsy. Je ne sais pas si c'est quelque chose qui vous parle, mais c'est, dans la continuité de cet accompagnement, de pouvoir avoir accès à un professionnel pour avoir un accompagnement psychologique. Sur cette plateforme mise en place par la Sécurité Sociale, vous avez la possibilité d'être mis en relation avec des psychologues, d'avoir une première séance d'évaluation et ensuite un nombre de séances prises en charge, avec un coût de 30 € par séance.

Toujours dans la même logique de ce que l'on se disait précédemment, il faut bien entendu qu'il y ait une prescription médicale pour que ces séances soient prises en charge par la Sécurité Sociale. Ce dispositif est maintenant disponible, c'est sur la plateforme MonPsy.

Mme BEYRAND.- Page 10, du point de vue des cotisations cette fois, au moment de la crise sanitaire depuis 2020, le législateur a supposé que les trois grands groupes d'assureurs, institutions de prévoyance, mutuelles et compagnies d'assurances, feraient des économies

sur la base des prestations qui ne pourraient pas être servies, puisque qui dit confinement strict, on le verra plus tard, dit arrêt quasi-total des soins, a minima sur l'optique et le dentaire.

C'est dans ce contexte-là que la taxe Covid est née, une contribution exceptionnelle sur 2 ans, d'abord de 2,6 % puis de 1,3 % des cotisations, elles sont applicables sur les exercices 2020 et 2021. Quand on vous présentera les comptes de résultat plus tard, vous verrez la contribution d'Audiens au titre de la taxe Covid s'agissant de France Médias Monde.

En réalité ce n'était pas tout à fait vrai, on le verra aussi, il y a un rattrapage des soins. Il y a une baisse considérable de la consommation médicale en 2020 et un début de rattrapage qui commence un peu timidement sur le deuxième semestre 2020 et qui continue à progresser en 2021 et même encore en 2022. C'est la première chose.

La deuxième chose est aussi un peu liée à la crise sanitaire puisque vous savez qu'à l'issue du premier confinement a eu lieu le Ségur de la santé à l'été 2020, de mémoire, ce qui a contribué à valoriser les salaires du personnel soignant à l'hôpital, hors médecins, pour une enveloppe globale de 8 milliards d'euros. Cette enveloppe pèse aussi sur les comptes de la Sécurité Sociale certes, mais également des complémentaires santé puisque cela vient alourdir les tarifs de l'hôpital, donc la base de remboursement et le ticket modérateur payés par les complémentaires santé.

Un troisième élément qu'il faut avoir en tête sur l'équilibre ou le potentiel déséquilibre des régimes, c'est le PMSS, l'absence d'évolution de PMSS sur 2 années. On a eu, pendant 3 ans le même PMSS, sur 2020, 2021 et 2022, c'est une situation inédite. On va en parler un peu plus loin, on a un graphique précis sur le PMSS. On a une évolution moyenne de 2 à 3 points par an chaque année depuis la mise en place du PMSS, c'est la première fois que l'on a une absence totale d'évolution.

Mme HAAG.- Page 11, on a souhaité partager avec vous une synthèse des grandes lignes ou des grands sujets qui ont été évoqués en 2022, qui sont encore à l'étude, et qui n'ont pas encore été totalement tranchés, pour que vous ayez en tête tout ce qui a pu toucher, de loin ou de près, votre régime frais de santé.

Comme l'expliquait Laetitia un petit peu en amont, on a eu le rattrapage des soins en 2022, suite à la crise sanitaire. On a eu un rattrapage progressif, cela ne s'est pas fait en une fois, ce qui n'a pas été consommé sur 2020 n'a pas été rattrapé en un mois ou deux, c'est vraiment un étalement qui s'est fait dans le temps sur plusieurs années. On continue un peu à constater, en 2022, même si on atteint un peu un plateau, ce rattrapage des soins.

Ensuite, toujours sur cette vision au contexte national et réglementaire, vous avez peut-être entendu parler du "forfait patient urgences" qui a été mis en place. C'est un nouveau forfait qui a été mis en place au 1^{er} janvier 2022 au tarif de 19,61 € et ce forfait vient remplacer le ticket modérateur qui était facturé et qui est remplacé et pris entièrement en charge par les complémentaires santé. C'est un autre point d'attention.

Vous avez également la hausse des tarifs conventionnels. Ce sont des négociations qui sont en cours avec les différentes professions afin de revoir à la hausse les tarifs qui sont actuellement arrêtés et validés par la Sécurité Sociale. On est toujours en discussion sur un certain nombre de professions.

Ensuite, vous avez aussi la téléconsultation qui a trouvé son "public" pendant la crise sanitaire. La téléconsultation a un peu explosé puisque c'était le principe d'avoir un médecin à distance. Il y avait une prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale jusqu'à fin juillet 2022, maintenant ce n'est plus le cas.

Pour poursuivre sur les nouveautés ou les mises à jour sur 2022, comme l'expliquait Laetitia le PMSS a été nul et il y a eu un

rattrapage de ces 3 années, où l'on n'a pas eu d'augmentation du PMSS, sur 2023.

Pour vous donner un peu de contexte, le PMSS est le plafond mensuel de la Sécurité Sociale et c'est un peu notre référence sur laquelle sont assises vos cotisations. Vos cotisations frais de santé sont un certain pourcentage du PMSS et ce PMSS évolue normalement tous les ans entre 1,5 et 2 %. C'est pour cela que, lorsque l'on a eu cette non évolution pendant 3 années et que l'on a conservé ce PMSS, il était attendu que pour l'année 2023 on ait un rattrapage et c'est ce qu'il s'est passé puisque l'on a eu presque 7 % de rattrapage, que l'on vous présentera un peu plus en détail.

Ensuite, le 100 % Santé, qui permettait d'avoir un accès sans reste à charge sur plusieurs postes assez significatifs, poursuit sa hausse en 2021, et on va même peut-être éventuellement voir un élargissement du champ de remboursement sur certains postes. Il est notamment évoqué les orthopédistes pour rentrer dans ces différents paniers de soins.

Enfin, concernant les tarifs hospitaliers, il y a une hausse des tarifs hospitaliers en 2022 qui est liée au Ségur de la santé, donc forcément un impact sur votre complémentaire santé puisque l'on intervient en complément de la Sécurité Sociale, donc lorsqu'il y a une hausse de la base de remboursement, par effet de mécanique cela joue aussi sur votre compte frais de santé.

Voilà ce que l'on pouvait dire sur l'année 2022. N'hésitez surtout pas, s'il y a des questions on est là pour y répondre et vous accompagner sur ces sujets.

M. OUSSIBRAHIM.- Merci pour cette présentation.

Avant de passer aux comptes en détail il y a plusieurs informations, pour des non-spécialistes, que l'on doit "digérer".

Je commencerais par le PMSS, le plafond de la Sécurité Sociale. J'ai découvert par hasard que ce plafond a été relevé. Au niveau de

FMM, pour les CDI on était à environ 50 € de cotisations, là on est passé à 54, il y a un rattrapage en 2023, vous allez nous présenter des comptes de 2022, est-ce que ce rattrapage ne va pas diminuer le déficit ?

Mme BEYRAND.- On le verra tout à l'heure. On a un rattrapage du PMSS de 6,9 % précisément, presque 7 points, le déficit que l'on observe sur 2020, 2021 et 2022 est supérieur à ce rattrapage et il n'y a pas de raison que le PMSS n'évolue pas l'année prochaine puisque, en théorie, c'est un indice qui évolue tous les ans. Il permet aussi de suivre l'évolution de la consommation médicale.

Chaque année on observe, indépendamment des réformes et des impacts réglementaires, un glissement naturel de la consommation médicale en France parce que l'on a une population vieillissante, parce que l'on a une augmentation de la pathologie à âge égal, on a toujours les affections de longue durée, les maladies chroniques, comme avant, mais on les a plus tôt. Le progrès technique permet de mieux soigner, mais avec des soins qui sont plus coûteux. Tout cela fait que l'on observe un glissement de la consommation médicale chaque année, qui en général est compensé par l'évolution du PMSS, ce qui n'a pas été le cas pendant les 2 années.

En théorie, là où vous avez raison c'est que l'évolution du PMSS, plus forte que d'habitude, couvre a minima en partie le déficit observé.

M. DEAL.- Je pense que c'est vraiment une question intéressante parce que, effectivement, historiquement l'évolution du PMSS permettait de couvrir peu ou prou la dérive naturelle des dépenses de santé en France, cela permettait de faire face à ces évolutions qui ont été décrites par Laetitia. Il faut mettre en perspective systématiquement l'évolution du PMSS qui est connue pour 2023 et que l'on commence à pressentir pour l'année prochaine parce que ce sont des calculs mécaniques, un peu ajustés en cours d'année, mais grosso modo aujourd'hui on sait à peu près autour

de combien le PMSS va augmenter au 1^{er} janvier prochain, et mettre en face les prévisions d'évolution haussière des dépenses de santé en France.

Pour 2023 on a une augmentation de 6,9 du PMSS et on a une augmentation prévisible, qui était assez largement partagée en France par les spécialistes, de l'ordre de 4,5 % de la dépense de consommation médicale en France en 2023. Il y a un petit delta qui est positif, de 2,4 % dans les prévisions.

Pour 2024, on est sur une trajectoire qui sera à peu près équivalente entre le PMSS et les dérives prévues aujourd'hui. Il peut se passer encore des choses avec le projet de loi de finance Sécurité Sociale à la rentrée, mais aujourd'hui on est sur une dérive prévue 2024 des dépenses de santé de l'ordre de 5,5 % et le PMSS devrait augmenter autour de 5 % aussi, donc il y a une forme de neutralisation des deux avec un petit gain cette année.

M. OUSSIBRAHIM.- Le delta restera de 2 et quelques.

M. DEAL.- Sachant que ces 2 et quelques viennent, pour partie en tout cas, compenser une partie de la dérive constatée de l'année précédente, non compensée par le PMSS mais vous avez raison, à date si on regarde les comptes 2022, il faut tenir compte de ces deux paramètres avec un petit gain cette année de l'ordre de 2,5 %.

M. OUSSIBRAHIM.- Vous parlez de prévision. A date, avec cette augmentation du PMSS de 6 et quelques, est-ce que tous les facteurs d'augmentation des dépenses que vous avez listés depuis 2020, sont rattrapés jusqu'à hauteur du delta de 2 % par le PMSS ou reste-t-il des choses à rattraper sur tous les facteurs que vous avez cités ? Je ne sais pas si je suis clair.

Mme BEYRAND.- Vous allez me dire si je réponds correctement, sinon cela veut dire que j'ai mal compris. L'évolution de 6,9 % du PMSS au 1^{er} janvier 2023 est un rattrapage de l'absence d'évolution sur les deux années précédentes. Si vous découpez le 7 en trois,

on voit bien que c'est comme si le PMSS avait évolué comme les années précédentes entre 2 et 3 % par an, ce qui correspond au glissement naturel des dépenses de santé chaque année. Chaque année, on consomme à peu près 2 à 3 % de plus que l'année précédente du point de vue des dépenses de santé.

M. OUSSIBRAHIM.- Nonobstant les facteurs exceptionnels que l'on a vus en 2020 et 2021 ?

Mme BEYRAND.- Exactement. Cela veut dire que cela ne tient pas compte du déploiement de la réforme du 100 % Santé qui, on le verra, prend plus d'ampleur que ce qui avait été prévu, cela ne tient pas compte de toutes les évolutions réglementaires prises par le législateur, c'est vraiment un rattrapage des PMSS qui ne sont pas passés.

On prend un peu d'avance sur la suite de la présentation mais ce n'est pas très grave parce qu'il est important d'avoir cela en tête. Le plafond mensuel de la Sécurité Sociale est globalement indexé sur l'évolution de la masse salariale en France. Cela veut dire qu'en 2021 avec les périodes de chômage partiel, etc., la crise sanitaire que l'on a vécue, l'évolution du PMSS aurait dû être négative mais ce n'était pas possible. Réglementairement c'était possible, mais dans la loi de finance le législateur a pris des mesures pour faire en sorte que l'évolution ne puisse pas être négative parce que le PMSS permet aussi le calcul d'aides sociales. Ce n'est pas possible de revenir en arrière.

On a eu une espèce de stagnation et là, forcément, on a une reprise et qui, par rapport à la baisse que l'on a constatée, est exceptionnellement importante. C'est pour cela que l'on a une évolution de 7 points au 1^{er} janvier 2023 mais mécaniquement elle ne fait que compenser ce qui n'a pas eu lieu sur 2 ans. Est-ce plus clair ?

M. OUSSIBRAHIM.- C'était clair, merci.

M. DEAL.- En fait, il n'y a pas de corrélation directe entre l'évolution du PMSS et l'évolution des dépenses de santé en France. Il se

trouve que dans l'histoire, l'évolution du PMSS venait compenser l'inflation des dépenses médicales, c'est ce qu'il faut comprendre. Ce sont des choses différentes. L'inflation, c'est ce que l'on arrive à constater à effet rétroactif ou à prévoir avec une relative justesse en général, et qui n'est pas forcément toujours liée et corrélée à l'évolution des salaires de la masse salariale privée en France, hors secteur agricole.

On est sur deux indicateurs différents mais qui, au fond, permettraient quand même de faire face, sans intervention autre, par cette modification de l'assiette de calcul des cotisations, aux dérives naturelles. Ce qui a vraiment tout à fait changé, c'est la situation économique du point de vue sanitaire et le caractère inflationniste dans lequel on est rentré aujourd'hui.

Les chiffres que j'annonce aujourd'hui en matière de croissance des dépenses médicales sont très au-dessus de ce que l'on constatait les années antérieures, c'est de l'ordre de deux à trois fois supérieur en inflation que ce que l'on constatait les années précédentes.

Quand on est à 5,5 ou à 4,5 c'est beaucoup par rapport à ce que l'on connaît avec ces deux facteurs qui sont tout à fait notables, qui sont d'une part une question propre à la situation sanitaire, difficilement prévisible, et d'autre part un élargissement assez considérable, on n'en parle pas beaucoup mais c'est une très bonne nouvelle, du champ des remboursements et des conditions de remboursement de cette réforme 100 % Santé qui avait, je le rappelle, pour objectif de diminuer les renoncements aux soins sur les actes prothétiques pour les personnes qui n'avaient pas les moyens de se payer une prothèse dentaire par exemple.

Cela a un succès fou, c'est tout à fait notable en France, c'est un succès énorme. On voit des croissances très importantes sur la partie dentaire et, depuis son déploiement, aussi sur la partie de l'audio, on est en train de devenir les champions d'équipement de l'audio. Cela veut dire qu'il y avait un besoin énorme et que cette réforme correspondait à un vrai

sujet d'investissement public. C'est une excellente nouvelle. Cela a des conséquences sur les comptes, mais cela veut dire que des personnes, y compris les 6 millions de personnes en France dont la complémentaire est financée par la taxe adossée aux cotisations complémentaires que vous payez aussi, c'est la solidarité nationale, les 6 millions de personnes qui ne paient pas leur complémentaire bénéficient aussi de ces conditions. C'est un bond extraordinaire du point de vue de la santé publique que ce déploiement, qui a des conséquences évidemment pécuniaires.

M. OUSSIBRAHIM.- Dernière question et je vous laisse continuer votre présentation, vous citez le rattrapage des soins qui n'ont pas été prodigués à cause du confinement en 2020. Si je comprends bien, en 2020, à cause du confinement, les personnes n'ont pas pu bénéficier de soins dentaires, ophtalmologiques ou autres, ce qui fait qu'il n'y a pas eu de dépenses importantes de soins, j'imagine qu'il y a un gain pour les comptes ?

Mme BEYRAND.- Il y a une baisse des dépenses de santé observée sur les comptes, y compris de France Médias Monde, vous avez raison. On le verra avec les chiffres après, mais vous avez raison.

M. OUSSIBRAHIM.- Donc, cette somme qui n'a pas été dépensée en 2020, quand il y a eu le rebond fin 2020 et début 2021 et jusqu'à aujourd'hui, a-t-elle été dépensée, et au-delà ou pas ?

Mme BEYRAND.- Il est toujours difficile de mesurer ce qui n'a pas eu lieu, mais on peut légitimement supposer qu'au 23 mai 2023, le rattrapage des soins a eu lieu si ce n'est en totalité, dans sa très grande majorité. En revanche, vous vous souvenez qu'en page précédente on a vu que le législateur avait mis en place une contribution exceptionnelle, la taxe Covid, qui est venue alourdir les comptes, normalement elle était censée compenser la baisse de prestations.

Mis à part cela, la taxe Covid n'existe plus depuis 2022, donc a priori on peut supposer qu'aujourd'hui le rattrapage des soins est terminé ou quasi terminé.

M. DEAL.- Ce que l'on a du mal à mesurer, nous tous, ce sont les conséquences dans la durée du report de soins. On a tous entendu parler dans les médias, d'une manière générale, de l'impact qu'a eu ce report de soins sur la santé publique, le report d'opérations, de diagnostics, on est aujourd'hui dans une situation un peu inédite où l'on ne peut pas regarder dans le rétroviseur pour prévoir l'avenir sur cette partie de dégradation de la santé publique. Il n'y a aucune raison de penser que cela touche d'ores et déjà les comptes que l'on va vous présenter, les comptes de France Médias Monde. Il n'y a aucune raison de le penser aujourd'hui mais on a une vraie interrogation sur ce sujet.

Mme BEYRAND.- Page 12, on a beaucoup parlé du PMSS 2023.

Mme HAAG.- Justement, cela vient un peu illustrer tout ce que l'on vient de se dire. Comme on l'a évoqué ensemble, le PMSS est l'indice sur lequel on s'appuie pour vos cotisations, sur votre régime frais de santé. Il était important que l'on illustre tout ce que l'on vient de se dire par un graphique qui est assez parlant.

On est remonté sur les dernières années pour que vous vous rendiez compte de cette évolution. Comme on l'a évoqué ensemble, on a pour habitude d'avoir une évolution du PMSS entre 1,5 et 2, cela dépend des années, là, ce qui est très significatif c'est que l'on se rend compte que sur l'année 2021, on n'a pas eu d'augmentation, en 2022 non plus et c'est pour cela que l'on voit qu'en 2023 on a eu ce rattrapage du PMSS qui paraît significatif et qui est presque sans précédent puisque, de mémoire, je n'ai jamais constaté une évolution aussi importante, mais qui s'explique par son absence sur les années précédentes.

Si tout ce que l'on vient d'évoquer est assez clair pour vous, on peut peut-être passer à la slide suivante.

Mme BEYRAND.- Page 13, il y a presque une symétrie entre cette page et la page précédente. Globalement on a des mouvements, mais on a une inflation relativement stable entre 2010 et 2020. A partir de 2022 il y a une augmentation significative de l'inflation. Je ne l'apprends à personne, on a tous vu, entendu et observé peut-être aussi l'inflation des prix, et on voit que les deux indices sont quand même intimement liés.

Sauf si vous avez des questions et dans ce cas n'hésitez pas à les poser, sinon on va passer à une présentation assez courte de la réforme du 100 % Santé. Pour certains d'entre vous, j'imagine que ce sera une redite ou peut-être un rappel, pour d'autres qui n'étaient pas présents lors de l'appel d'offres, peut-être s'agira-t-il de nouvelles informations.

M. LETONDEUR.- Avant de passer aux comptes de FMM, j'aurais une question sur vos comptes à vous, notamment sur les frais de gestion, j'aimerais savoir ce qu'ils représentent.

Je pose la question parce que je crois que le ministère de la Santé s'était inquiété il y a quelques mois de l'inflation de ces frais de gestion dans les complémentaires santé, d'une manière générale, qui représentait en gros 20 % des cotisations. J'aimerais savoir où vous en êtes, vous, à ce niveau ?

M. DEAL.- Je vais prendre la parole pour répondre à cette question intéressante. Sur le marché de l'économie, de l'assurance de personnes sur les frais de santé, on a 3 acteurs en France, les assureurs privés, les sociétés à capitaux, les mutuelles et les institutions de prévoyance à gouvernance paritaire, ce qu'est Audiens aujourd'hui. On a une idée assez claire des frais de gestion.

Quand vous parlez des frais de gestion, on en dira un petit mot après pour dire ce qu'il y a dedans, c'est-à-dire tout ce qui n'est pas dans votre cotisation reversé en termes de prestations. C'est-à-dire ce qui

dépasse et ce que l'institution, la société d'assurance ou la mutuelle va récupérer pour financer son fonctionnement, le fonctionnement des régimes, la gouvernance, etc.

D'une manière générale, les structures qui sont les moins consommatrices de frais de gestion sont les institutions de prévoyance en France. Parmi celles-ci, Audiens se situe en haut du peloton puisqu'aujourd'hui on a un taux de redistribution, ce qui est vraiment le juge de paix en termes d'efficacité des régimes, en moyenne supérieur à 90 %. Ce qui est, entre nous soit dit, aujourd'hui, trop. On constate un déficit de gestion mais c'est notre problème, mais on redistribue de l'ordre de 92 %, ce qui est considérable en matière de redistribution, par rapport à une cotisation à 100, hors taxes, on reverse 92 €. C'est considérable.

Je dis un tout petit mot de ce que l'on appelle, globalement, les frais de gestion parce que l'on peut y mettre tout et n'importe quoi. Pour nous, les frais qui sont facturés ce sont les frais qui ne sont pas reversés en termes de prestations. C'est le premier point.

On a plusieurs catégories de charges qui sont financées par cela.

La première, qui peut être comprise dans les frais de gestion, est tout ce qui a trait au fonctionnement de votre régime, les appels de cotisations, le versement des prestations, toute l'informatique et les personnes qui sont derrière, etc., qui permettent de financer tout cela.

La deuxième, ce sont les prestations qui permettent le fonctionnement de cette formidable "tuyauterie", les frais de santé c'est une vraie tuyauterie où l'on fera appel à un prestataire de tiers payant qui permettra, pour les frais de santé, de générer les avances de frais. On va se connecter à Noémie. Il y a un certain nombre de prestations qui permettent à n'importe quel régime de fonctionner, ce qui a un coût, et les dispositifs qui permettent de réduire les restes à charge, en particulier le réseau de soins. Cela aussi a un coût.

La troisième grande catégorie, ce sont les services et garanties additionnelles qui sont ajoutées, qui vous permettent de bénéficier d'éléments supplémentaires, c'est l'assistance vie quotidienne, ce sont les dispositifs de e-santé qui vous permettent à France Médias Monde, à ce que l'information circule bien. C'est un vrai sujet, c'est vraiment un service très efficace et qui sert beaucoup, c'est par exemple la possibilité de contacter 24/24, 7 jours sur 7, un médecin en téléconsultation. Vous avez un enfant qui est malade le soir, vous n'allez pas appeler les urgences, etc., le premier geste à faire c'est de la prévention mais de la consultation aussi, des médecins accessibles. Tout cela est financé directement par ce que l'on appelle des frais de gestion.

On a deux dispositifs en place sur la e-santé, on a ce dispositif qui s'appelle "MédecinDirect", et on a un autre dispositif qui, heureusement, est moins fréquenté mais qui est très utile, qui s'appelle "Deuxième avis" et qui permet à quelqu'un qui a un diagnostic alarmant, un cancer par exemple, de solliciter un réseau hospitalier de spécialistes qui va, sur la base du dossier et de manière complètement confidentielle, apporter un deuxième regard, c'est-à-dire un second diagnostic à votre situation. Ces dispositifs sont financés sur ce que l'on appelle des chargements. Il y a beaucoup plus que de la gestion en tant que telle dedans.

Dans votre dispositif à vous, pour conclure là-dessus et être tout à fait complet, on est dans un cadre où les opérations d'appels de cotisations et de versement des opérations, vraiment la gestion pure, ont été confiées à WTW, ce que l'on appelait Gras Savoye avant, qui est un prestataire de gestion d'assurance. Dans le cadre du marché public, dans le cadre d'un "no distinct", et dans le cadre des relations d'assurance que nous avons avec vous dans le cadre d'une sous-traitance Audiens, puisque ce sont des opérations d'assurance. Ils ont leur rémunération propre, et tout le reste, c'est-à-dire la gouvernance, le pilotage de vos comptes, etc., et un

travail avec Gras Savoye bien sûr, et tous les services que j'évoquais est directement financé sur la part des chargements qui sont versés à Audiens.

M. LETONDEUR.- Je vous remercie pour toutes ces précisions. Je rebondis sur votre sentiment que certains dispositifs ne sont sans doute pas connus de tous les salariés.

M. DEAL.- On est à votre disposition pour vous accompagner et accompagner la DRH sur tout dispositif ad hoc pour informer parce que ce sont vraiment des services. On n'en a pas 36, je fais un peu de publicité, on ne met en place que des dispositifs, on ne fait pas beaucoup de marketing, qui ont été éprouvés par l'expérience. On teste, on "pitche" régulièrement les services qui existent aujourd'hui dans le monde de l'assurance, cela bouge beaucoup et on ne maintient et on ne finance que les dispositifs qui sont vraiment tout à fait utiles, éprouvés. Les deux dont je viens de parler, cela fait un moment maintenant qu'ils travaillent avec nous, ils sont vraiment tout à fait utiles, nous semble-t-il, en tout cas les remontées sont très positives.

Mme BEYRAND.- En théorie, on a demandé à WTW de mettre en ligne de la documentation sur les espaces assurés, malheureusement les personnes dispensées de la complémentaire santé n'ont pas accès à ces documents mais cela ne concerne qu'une minorité de salariés. On est en train de vérifier, on s'est mis en relation hier avec WTW pour vérifier que ces documents étaient bien en ligne et qu'ils étaient bien à jour, ce n'était pas le cas pour "MédecinDirect". Dans les prochains jours, on va mettre à disposition de l'ensemble des collaborateurs la documentation concernant l'assistance "Deuxième avis" et "MédecinDirect".

Mme BARRIERE.- Laetitia, j'imagine que nous en serons destinataires également, ce qui nous permettra de faire à nouveau une communication interne et de les positionner sur notre Intranet.

Mme BEYRAND.- Tout à fait.

Mme HAAG.- Page 15, le 100 % Santé. L'idée est d'échanger avec vous et de vous présenter brièvement ces paniers de soins.

Comme on l'expliquait à juste titre en amont, la réforme 100 % Santé était une vraie volonté de permettre à l'ensemble des Français de se soigner, et surtout qu'il n'y ait pas ou plus de renoncement aux soins. On sait notamment que, sur certains postes, c'est relativement très coûteux, je pense notamment au dentaire, à l'audio et même à l'optique, on est sur des montants qui peuvent monter très vite et il est donc important d'accompagner les Français sur ces sujets.

Dans le cadre de cette réforme qui a été progressive puisqu'elle s'étalait sur plusieurs années, il a été mis en place des paniers de soins. Vous verrez peut-être cette notion de RAC 0, cela veut dire "reste à charge 0", où vous avez la possibilité, demain par exemple, si vous avez une couronne dentaire, d'aller voir un praticien et de demander un devis sur ce panier de soins où il n'y a pas de reste à charge. L'idée est que vous soyez soigné sans avoir à faire l'avance des frais ni à payer quoi que ce soit puisque ce sera pris en charge par la Sécurité Sociale et par votre complémentaire santé.

Cette proposition a été faite sur le dentaire, sur l'optique et sur l'audiologie, avec ce positionnement aussi des prix limites de vente. Dans chacun des paliers, les professionnels de santé sont contraints, en tout cas il y a un encadrement de ces prix et ils ne peuvent pas aller au-delà d'un certain prix, pour pouvoir ramener à des montants de prestation relativement raisonnables. C'est ce qu'il s'est passé sur le dentaire, l'optique en 2020, et pour l'audio c'est arrivé un peu plus progressivement puisque ce panier de soins a été mis en place en 2021. C'est le poste sur lequel on a un peu moins de recul parce que la mise en place est un peu plus récente, mais on note quand même une sollicitation importante.

Il faut aussi avoir à l'esprit que les collaborateurs de France Médias Monde ne sont pas forcément la cible première de cette réforme

100 % Santé. Cette réforme est vraiment à la base mise en place pour éventuellement des Français qui n'ont jusqu'à présent pas de complémentaire santé et qui n'ont pas accès aux soins. Aujourd'hui, vous avez un niveau de couverture relativement bon, on le verra tout à l'heure puisque l'on verra le taux de couverture qui vous permet d'avoir un niveau assez qualitatif en termes de prise en charge. Il est important que vous ayez cette notion de 100 % Santé à votre disposition mais, encore une fois, cette réforme était vraiment destinée aux personnes qui renonçaient à se soigner. Avec le niveau de couverture que les collaborateurs de France Médias Monde avaient, on espère que ce n'était pas le cas.

Est-ce assez clair sur les dispositifs et les paniers ? N'hésitez pas si vous avez des questions. Encore une fois, on est là pour y répondre.

Mme BEYRAND.- On peut peut-être illustrer cela avec les chiffres, cela répondra peut-être à certaines questions à venir.

Mme HAAG.- Page 16, comme je vous le disais on a maintenant un peu de recul, en tout cas pour le dentaire et l'optique, et on peut vous proposer quelques données officielles. On est toujours sur un contexte national, je le rappelle, les éléments sont vraiment pour la France entière, ce n'est pas propre à la consommation France Médias Monde.

C'est important parce que cela nous montre que ces paniers ont trouvé un peu leur public puisque l'on se rend compte que, pour le dentaire, dans le panier RAC 0 il n'y a pas de reste à charge, il a été sollicité à 53 %, c'est qu'il y avait de vrais besoins et une vraie attente. Cela a même été au-delà des attentes du gouvernement et des calculs qui avaient été faits puisque vous le voyez, en haut vous avez un petit carré où l'on se rend compte que, par rapport aux données que l'on avait estimées, on est largement au-delà de l'attendu. C'est plutôt une bonne nouvelle, cela veut quand même dire qu'il y avait un besoin et que, maintenant on a la possibilité, socialement en tout cas, de se soigner dans de bonnes conditions. C'est très positif pour le dentaire.

Pour l'optique on a un bilan un peu plus mitigé. Quand on voit les chiffres, on se rend compte que dans le panier RAC 0, on n'a que 4 %, c'est assez faible.

Ces chiffres peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs. Le premier facteur est que l'on n'est pas certain que ces dispositifs aient été assez mis en avant par les professionnels. Je ne sais pas si vous avez fait l'expérience récemment d'aller voir un opticien, mais je ne sais pas si l'opticien vous a proposé, de prime abord, un équipement dans le panier 100 % Santé. Il y a peut-être eu une problématique de mise en avant sur ces sujets de la part des opticiens, et peut-être aussi une méfiance sur la qualité de ce qui peut être proposé dans ce panier de soins. Par exemple, si vous choisissez de prendre une monture dans le panier RAC 0, vous êtes limités, je crois que vous avez un peu moins d'une vingtaine de montures, ce qui peut freiner la sollicitation.

Quelque chose que l'on sait peut-être un peu moins c'est que vous avez la possibilité, au niveau de l'optique de faire ce que l'on appelle un "panachage", cela veut dire que vous avez la possibilité de prendre la monture dans le panier libre - le panier libre est lorsqu'il n'y a pas d'encadrement par rapport à la réforme 100 % Santé, c'est ce que vous aviez jusqu'à présent - et de prendre les verres dans le panier 100 % Santé. Ce mix vous permet d'avoir des verres qui sont sans reste à charge et peut-être la monture qui vous correspond davantage.

On peut dire que ce premier bilan sur l'optique est un peu plus mitigé que ce que l'on constate sur le dentaire où il y avait un vrai besoin et où l'on a vu un vrai engouement.

Sur l'audiologie, les chiffres sont vraiment très frais, on manque peut-être encore un peu de recul mais on constate que 37 % des équipements dans le panier 100 % ce n'est pas significatif. Je le rappelle, actuellement un équipement, une prothèse, coûte de l'ordre de 3 000 €. On était vraiment sur une prestation très onéreuse, aujourd'hui cela a du sens

de proposer ce panier 100 % Santé puisque cela peut vraiment trouver son public, en tout cas des personnes qui jusqu'à présent ne se faisaient pas correctement accompagner pour des raisons financières.

Pour donner un peu plus de vision là-dessus, sur les 3 000 €, à peu près, d'un équipement, un peu moins de 200 € étaient pris en charge par la Sécurité Sociale avant la réforme, on avait un reste à charge très significatif pour les personnes qui avaient besoin de s'équiper en audiologie.

Voilà ce que l'on peut dire au niveau des chiffres, toujours dans un contexte national, sur cette réforme 100 % Santé.

Mme BEYRAND.- Y a-t-il des questions avant de poursuivre et de recentrer un peu le débat sur les comptes de France Médias Monde ?

S'il y a des questions ultérieures, n'hésitez pas.

Page 19, on va passer rapidement sur les cotisations, ce sont des cotisations en vigueur depuis 2020, donc 3,28 % du PMSS pour la famille hors conjoint, l'adhésion du conjoint est facultative, 2,29 % du PMSS.

Le PMSS, on l'a vu tout à l'heure, est le plafond mensuel de la Sécurité Sociale qui, lui non plus n'a pas évolué sur la période 2020-2022 mais qui a pris quasiment 7 points au 1^{er} janvier 2023.

Page 21, pour mémoire ou pour information, l'équilibre d'un compte se situe à 1. On calcule un indice d'équilibre, au-delà de 1 le compte est déficitaire, en deçà de 1 le compte est excédentaire. Ce ratio sinistres/primes est le ratio entre tout ce qui va peser sur le compte, les prestations qui sont servies, les provisions qui sont calculées parce que l'on sait que, parfois, toutes les prestations ne sont pas encore passées et que, par habitude, on sait que l'on va encore avoir quelques factures d'ostéopathie ou autres à régler, et la taxe Covid, par exemple, pour les années qui sont concernées. C'est le ratio entre les sinistres dont je viens de parler et les cotisations.

Les cotisations sont composées de taxes et de chargements qui ne sont pas pris en compte dans le calcul du ratio sinistres/primes. Les cotisations sont les cotisations brutes auxquelles on a enlevé les taxes que l'on reverse, les chargements qui servent à financer l'organisation d'Audiens. Il nous reste les cotisations nettes, la prime nette, ce sont les cotisations qui financent directement les risques frais de santé.

Page 22, vous avez le compte de résultat sur 3 ans. Les chargements Audiens applicables au régime France Médias Monde s'élèvent à 9,5 %, on est en dessous de 10 points et ils s'appliquent sur les cotisations frais de santé. On a donc une ligne avec nos cotisations brutes hors taxes, les cotisations nettes de frais, c'est-à-dire que sur cette ligne cotisations nettes de frais nous n'avons plus de taxes et plus de chargement, ce sont les cotisations qui servent à financer le risque.

Ensuite, on retrouve nos prestations. Ce sont les prestations qui sont réellement servies, les provisions, on n'en a que sur 2022 puisque l'on sait que sur 2020 et 2021 tout est passé, en revanche sur 2022 on sait que jusqu'au mois de septembre, entre juin et septembre, on a encore quelques factures qui vont nous arriver pour remboursement et prise en charge. Le forfait patientèle et la contribution exceptionnelle, la contribution exceptionnelle c'est la taxe Covid.

Quand on fait le ratio entre les cotisations et les prestations, on s'aperçoit que sur 2020, on a un ratio à 1,14, on est au-delà de 1, donc on est déjà en déséquilibre. Tout à l'heure on en a beaucoup parlé, 2020 est une année de sous-consommation médicale parce que l'on a eu un arrêt quasi total des soins sur le dentaire, sur l'optique, on a eu aussi des reports d'hospitalisations, de chirurgies, etc., cela veut dire que l'on observe déjà un déficit sur 2020.

En 2021, on a un déficit qui s'aggrave mais assez naturellement puisque l'on a le rattrapage des soins non réalisés en 2020.

En 2022, on a un ratio sinistres/primes qui est encore majoré, qui s'élève à 1,31. On voit que l'on a une augmentation des prestations. C'est assez étonnant pour reprendre ce que l'on se disait en début de séance, c'est-à-dire que lors de l'appel d'offres en 2019, quand Audiens a réalisé son chiffrage technique, la tarification proposée était une tarification d'équilibre, je crois savoir proche de la cible attendue. C'est assez inexplicable. Des facteurs exogènes vont expliquer l'augmentation de la consommation médicale, le déploiement du 100 % Santé qui a eu plus de succès que ce qui était attendu, le Ségur de la santé qui n'était pas prévu, mais globalement, on a une année 2020 qui est déjà très sinistrée alors que l'on parlait sur une tarification d'équilibre et que l'on pouvait supposer que l'on aurait pu attendre un excédent sur cette année, rattrapé ensuite en 2021 et 2022. On s'aperçoit que ce n'est pas le cas.

Cela veut dire que l'on arrive à un déficit cumulé sur 3 ans à 1,22, quand on met en corrélation les prestations et les cotisations nettes de frais.

Si c'est bon pour tout le monde, on peut passer à l'analyse de la consommation.

Page 23, vous avez la répartition des remboursements Audiens sur 2020, 2021 et 2022.

On s'aperçoit que cela a considérablement augmenté entre 2020 et 2021, c'est normal, on s'y attendait. En revanche, même si on sait que le rattrapage des soins s'est poursuivi en 2022, on a quand même une consommation médicale qui peut, certes, augmenter mais qui décélère un peu, or ce n'est pas du tout le cas, on voit que l'on a un différentiel assez élevé encore entre 2021 et 2022 puisque l'on a une augmentation qui pèse pour 10 points en termes de charges de sinistres sur le compte de résultat de France Médias Monde.

Là où je suis un peu ennuyée c'est que je ne suis pas en mesure de vous dire que l'on a tel ou tel élément déclencheur, une augmentation de

garantie ou une réglementation quelconque qui a permis une envolée sur la consommation médicale. En optique, par exemple, ce n'est pas le cas. Même si effectivement on a une réforme du 100 % Santé qui s'est déployée progressivement, vous voyez que la répartition de chacune des grandes familles de risques, optique, pharmacie, consultation, dentaire, etc., est sensiblement, à peu de chose près, proche d'une année sur l'autre.

On a globalement, une consommation médicale qui augmente, mais on ne peut pas viser un poste en particulier. On voit quand même qu'il y a quelques différences, notamment sur la médecine courante entre 2020 et 2021, où l'on aura une augmentation de 2 points sur la médecine courante parce que l'on aura les consultations qui n'ont pas été réalisées en 2020, le rattrapage, c'est la même chose en optique, encore que ce n'est pas non plus flagrant, c'est la même chose sur le dentaire. On a une augmentation qui a augmenté mais, globalement, partout.

On a parlé d'évolutions réglementaires, on a parlé de beaucoup de choses, mais il faut aussi avoir en tête que chez France Médias Monde on a une population qui, sauf peut-être télétravail, etc., est quasi exclusivement parisienne ou francilienne, et que les tarifs pratiqués sur la région ne sont pas parmi les plus bas de France. Cela peut aussi expliquer que l'on ait une consommation médicale plus lourde qu'ailleurs.

En tout cas, je suis bien incapable aujourd'hui de vous dire ce qui a provoqué une augmentation de la sinistralité sur le compte de France Médias Monde dans les proportions que l'on peut observer.

M. DEAL.- Il me semble que la conclusion synthétique que l'on peut tirer de ta présentation sur la slide précédente, c'est d'une part que la consommation évolue conformément à l'évolution nationale mais de manière plus prononcée, et que l'absence d'évolution très significative d'un poste par rapport aux autres, met de côté un caractère exceptionnel qu'aurait pu avoir une situation, comme je crois vous avez connue en 2018, de dégradation conjoncturelle. On est sur une croissance à peu près

uniforme de l'ensemble des postes, donc on est sur une montée en charge par rapport à vos besoins de la mobilisation de votre régime complémentaire.

Mme BEYRAND.- Page 24, on a une analyse de la consommation un peu plus détaillée mais on n'a pas 2022, c'est là où on manquait un peu de finesse dans les éléments qui nous ont été transmis par WTW, qui vont arriver et on complétera la présentation. Le tableau que vous avez sur la gauche de la slide permet de détailler les graphiques que l'on a vus précédemment. On ajoutera une colonne 2022 pour que vous puissiez voir où on a des écarts importants.

Lorsque l'on observe la consommation médicale notamment en optique, on s'aperçoit que nombreux sont les assurés France Médias Monde, salariés, conjoints, enfants, qui se rendent chez des praticiens du réseau de soins, c'est une bonne chose. Vous savez que les opticiens, dans le cadre du réseau, s'engagent à pratiquer des tarifs raisonnables, à diminuer les restes à charge le cas échéant, on peut aussi ne pas avoir de reste à charge. C'est plutôt une bonne chose parce que 80 % des équipements optiques sont acquis au sein du réseau de soins. On pourrait essayer d'aller plus loin. On a une population parisienne ou francilienne, on sait que l'on a un bon accès aux opticiens du réseau. Malgré tout, 85 %, on ne va pas s'autoflageller, c'est déjà un très bon taux d'acquisition dans le réseau. C'est la première chose.

Là où je voulais attirer votre attention, c'est un constat que l'on a fait qui n'appelle pas à conséquence, on vous indique, pour la bonne compréhension des comptes, la consommation globale des salariés de France Médias Monde, la consommation globale des conjoints et la consommation globale des enfants.

Evidemment, c'est pour le salarié que l'on a le plus de remboursements par le régime, 1,301 M€, ce sont les plus nombreux sur le régime. Ensuite, on a les enfants qui sont aussi affiliés à titre obligatoire,

quand il y a des enfants dans le foyer, ils sont obligatoirement inscrits dans le régime sans que cela ne modifie la cotisation du salarié, ensuite on a le conjoint pour lequel on a une consommation relativement faible par rapport à celle du salarié, ce qui est logique puisque l'on a une adhésion facultative des conjoints, payante. Seuls les conjoints qui n'ont pas de complémentaire santé par ailleurs, ou qui ont une complémentaire santé qui ne leur convient pas, adhèrent au régime de France Médias Monde. Pour autant, on voit qu'il y a un phénomène d'antisélection puisque les conjoints qui adhèrent ont une consommation moyenne annuelle légèrement supérieure, elle équivaut à 103 % à celle des salariés.

Mme PEREZ.- Une question concernant la consommation des enfants. Est-ce que l'on constate que les enfants consomment plus sur le parent qui est à FMM ou sur le parent qui est à l'extérieur de FMM ? Pouvez-vous le voir ?

Mme BEYRAND.- Malheureusement, quand l'enfant est assuré par le conjoint, pour peu que le conjoint ne soit pas inscrit en premier rang... L'enfant peut être inscrit sur les deux mutuelles mais il y en a forcément une qui est prioritaire, celle avec qui la Sécurité Sociale pourra procéder à la télétransmission. Si ce n'est pas France Médias Monde, on ne sait pas, si c'est la mutuelle de France Médias Monde qui est inscrite en premier rang, on n'a pas la vision de ce qui est remboursé après. Si après l'intervention de la complémentaire santé de France Médias Monde on observe encore un reste à charge parce que l'on avait affaire à des soins coûteux, l'autre parent peut envoyer le décompte à sa propre mutuelle qui pourra venir rembourser le régime mais je n'aurai pas la vision de ce qui a été remboursé par ailleurs.

Maintenant, ce que l'on peut faire, c'est une étude pour savoir, parmi tous les enfants, lesquels sont "Noémisés" sur le régime France Médias Monde.

Mme PEREZ.- Pour savoir si la majorité des enfants est sur FMM ou plutôt à l'extérieur.

Mme BEYRAND.- On va regarder cela.

Mme PEREZ.- Merci.

Mme BEYRAND.- Avec peut-être une petite nuance, sachant que l'affiliation des enfants est obligatoire chez France Médias Monde et que ce n'est pas le cas partout, il est probable que l'on ait un taux de "Noémisation" très important des enfants sur le compte de France Médias Monde. On va le vérifier et on va procéder à l'étude.

Mme BLETTERY.- Vous parlez des opticiens du réseau. En tant que salariée, cela ne me parle pas du tout. Je voulais savoir où l'on pouvait avoir l'information concernant cette liste d'opticiens du réseau.

Mme BEYRAND.- Sur votre espace assuré, que ce soit en ligne ou sur l'application mobile, vous pouvez...

Mme BARRIERE.- ... Ou sur l'Intranet.

Mme BEYRAND.- Ou sur l'Intranet. La seule chose est que sur l'Intranet vous ne pouvez peut-être pas géolocaliser.

Mme BARRIERE.- Non et ce n'est peut-être pas mis à jour. S'il y a des mises à jour des adhésions de nouvelles boutiques dans le réseau, on ne l'a pas forcément mis à jour.

Mme BEYRAND.- Vous avez raison mais on peut voir avec le réseau pour vous fournir de la documentation à jour. Depuis votre espace assuré, application mobile ou espace en ligne, vous avez la possibilité de géolocaliser les opticiens du réseau qui vous permettent d'avoir des équipements de qualité à tarif modéré, avec des garanties etc.

Mme BLETTERY.- Même chose, pour "MédecinDirect" et "Deuxième avis", c'est ce que vous disiez tout à l'heure, c'est cela ?

Mme BEYRAND.- Sur "MédecinDirect" et "Deuxième avis" c'est de la documentation que l'on mettra à votre disposition en ligne, qui vous permettra d'avoir les numéros de téléphone, le code d'accès, le mot

de passe. En revanche, sur le réseau Santéclair il y a un annuaire des praticiens, et vous avez la possibilité de sélectionner les praticiens en dehors ou dans le réseau de soins.

Mme BLETTERY.- Merci.

Mme BEYRAND.- Page 25, le taux de couverture. Chloé en a brièvement parlé tout à l'heure, ce graphique se lit bien évidemment horizontalement, il vous permet de visualiser rapidement la contribution sur la base de vos dépenses de santé, de la Sécurité Sociale, d'Audiens et l'éventuel reste à charge.

On a mis les autres mutuelles en marron-gris, vous voyez qu'il y a très peu de marron-gris sur le graphique, c'est parce que les autres mutuelles seront, par exemple, la mutuelle du conjoint, qui a une mutuelle par ailleurs et qui intervient avant Audiens. Vous imaginez bien que si la télétransmission ou si la facture est envoyée directement à Audiens, s'il y a un reste à charge vous l'envoyez à l'autre mutuelle qui ne revient pas vers nous pour nous dire : il restait 8 € sur cette facture, nous les avons pris en charge. C'est la vision pessimiste du taux de couverture, c'est-à-dire que nous n'avons la connaissance que des remboursements qui ont été effectués avant nous. Dans ce cas, précisément, nous avons le décompte de l'autre mutuelle pour rembourser à hauteur de la dépense réelle.

Vous voyez que, par exemple sur la pharmacie, la médecine et l'hospitalisation, on a une intervention assez massive de l'assurance maladie, de la Sécurité Sociale, en revanche sur l'optique, pas du tout. Cela ne vous surprend pas, je pense que vous savez tous que la contribution de la Sécurité Sociale à l'acquisition d'un équipement optique est négligeable. Vous voyez que le coût est majoritairement porté par le régime frais de santé de France Médias Monde.

Sur ce graphique, on voit qu'au global sur 2022, on a un taux de couverture de 89 %. Cela veut dire que, sur une dépense de 100 €, 11 € vont rester à la charge des assurés du régime France Médias Monde, c'était

12 € en 2021. On a un taux de couverture qui s'est légèrement amélioré d'une année sur l'autre. Les garanties n'ont pas bougé, c'est un effet mécanique, il y a certainement eu plus de dépenses de santé sur des actes qui sont mieux pris en charge par la Sécurité Sociale, par le régime frais de santé mais globalement, sachant que l'on est sur un régime unique, sur lequel on n'a pas d'option, quasiment 90 % de taux de couverture est un très bon taux de couverture.

Page 26, un petit focus sur l'évolution des dépenses et des remboursements.

Attention à ne pas confondre, la dépense est bien ce que vous engagez et le remboursement est ce qu'Audiens rembourse après intervention de la Sécurité Sociale, le cas échéant. Vous voyez que l'on a, entre 2021 et 2022, une augmentation globale de 13 % des dépenses, on a des augmentations plutôt massives, notamment sur la pharmacie, sur l'optique et sur l'hospitalisation. Cela entraîne une augmentation de la charge Audiens, donc de la consommation médicale permise par la complémentaire de France Médias Monde, donc une augmentation de 10 %.

Pourquoi seulement 10 % ? Vous voyez que, par rapport aux 13 % de dépenses engagées, sur la pharmacie on a 32 % d'évolution des dépenses mais seulement 30 % sur le régime Audiens parce que l'on a plutôt une bonne couverture de la Sécurité Sociale, notamment sur la pharmacie. C'est le cas aussi en hospitalisation, on a une augmentation sur l'hospitalisation très importante, on voit qu'elle est diminuée au tiers, elle est réduite au tiers quand il s'agit de parler des remboursements en hospitalisation. C'est pareil, c'est parce que l'on a une bonne prise en charge de l'assurance maladie sur les postes concernés.

Mme HAAG.- Page 27, je vais finaliser l'analyse de la consommation pour revenir un peu sur le 100 % Santé.

Tout à l'heure, lorsque l'on vous a présenté la réforme dans les grandes lignes on était vraiment sur une vision nationale. Là, c'est intéressant puisque c'est une vision qui est propre à la consommation des collaborateurs de France Médias Monde.

On a souhaité partager avec vous un focus sur le dentaire. Vous avez un premier tableau avec le montant des prestations versées en 2020 et 2021 et l'évolution entre les deux années, et en dessous vous avez le nombre d'actes.

On peut constater qu'il y a quand même au niveau des montants des prestations, une évolution de la sollicitation sur le panier 100 % Santé entre 2020 et 2021 puisque l'on a 20 % de prestations en plus. Dans la même mesure à peu près pour le panier modéré, c'est l'intermédiaire entre le panier 100 % Santé et le panier libre, c'est-à-dire que vous avez quand même un encadrement des prix limites de vente, mais vous avez les garanties de votre contrat qui peuvent s'appliquer.

Voilà ce que l'on peut dire par rapport au montant des prestations. Même chose par rapport au nombre d'actes. On constate qu'entre 2020 et 2021 on a une sollicitation un peu plus importante en 2021 sur le 100 % Santé et sur le panier modéré également une sollicitation un peu plus significative, puisque l'on a une évolution à la hausse de 59 %. Cela rejoint un peu ce que l'on s'est dit, peut-être pas dans les mêmes mesures que ce que l'on a vu côté vision France puisque, comme je l'expliquais, il y avait peut-être moins besoin de cette réforme pour les collaborateurs de France Médias Monde puisqu'il y avait un niveau de couverture qui était de qualité, mais on se rend compte que cela reste intéressant aujourd'hui de pouvoir bénéficier de prestations dentaires sans reste à charge.

C'est important et je vous incite, si vous en avez la possibilité, quand vous allez voir votre dentiste et que vous avez des soins à faire, à lui demander un devis sur chacun des paniers. C'est important pour que vous

puissiez ensuite prendre votre décision. Bien entendu, il n'y a aucune obligation mais je pense que c'est important que vous puissiez avoir divers devis en fonction des soins que vous souhaitez réaliser. Voilà ce que l'on peut dire par rapport à la réforme du 100 % Santé sur le dentaire.

Ensuite, on a page 28 la vision sur l'audio. Comme je vous le disais, c'est quelque chose qui est un peu plus "frais" par rapport à cette réforme puisqu'elle n'a été mise en place qu'en 2021. C'est pour cela que vous voyez, dans le premier tableau, des prestations en 2020 où il n'y a pas de distinction entre la classe 1 qui a le panier 100 % Santé et la classe 2, le panier libre. Effectivement, il n'y a pas la distinction sur 2020. En revanche, on peut constater qu'en termes de montant des prestations, il y a eu une augmentation significative puisque, en 2020, on était à 10 000 € en montant de prestations et on passe à 35 000 € en 2021. Effectivement, il y a eu une sollicitation plus importante au niveau des prestations entre ces deux années, cela veut dire qu'il y avait un besoin et que cette réforme est arrivée au bon moment, en tout cas pour le poste audiologie.

Mme BLETTERY.- Je vous interromps, je voulais revenir sur l'histoire du devis en dentaire. Cela peut paraître très naïf, mais je ne savais pas que l'on pouvait demander à notre dentiste de nous fournir, un devis c'est évident, mais sur la base de trois tarifs différents.

Mme HAAG.- Normalement, les dentistes ont l'obligation de vous proposer, en tout cas de donner l'information sur les trois paniers.

Après, vous avez totalement la possibilité, sur des soins prothétiques, tout ce qui est petit soin n'est pas vraiment concerné mais quand vous avez une prothèse dentaire, une couronne, un appareil à poser, c'est vraiment important que vous ayez la vision sur les trois. En tout cas, si vous le demandez, le dentiste ne peut pas vous refuser de faire les devis.

Mme BLETTERY.- Très bien.

Mme BEYRAND.- J'ajoute que c'est le cas du dentiste et de l'opticien, en théorie. De toute façon, tous les professionnels de santé

concernés par la réforme du 100 % Santé, on voit que ce n'est pas tout à fait appliqué et qu'il commence à y avoir quelques contrôles, ont en théorie tous l'obligation de mettre à votre disposition, a minima, deux devis, un dans les tarifs libres et un garanti sans reste à charge dans le cadre de la réforme.

M. DEAL.- Ce qui est contraignant pour eux effectivement. Sur le plan dentaire en particulier ils ont dû plafonner un certain nombre de garanties, donc il y a une obligation et vous ne devriez pas avoir à le demander. Maintenant, il va continuer à fonctionner comme avant, vous demander vos garanties et pousser plutôt le devis qui lui permet de marger davantage. Tous ne font pas cela mais on peut retrouver ce type de comportements. Il faut avoir en tête qu'il y a eu un certain nombre de réformes successives qui ont visé à modifier le modèle économique des dentistes en augmentant notamment les soins conservateurs, y compris les caries, de manière significative, des soins qui n'avaient pas été augmentés en remboursement Sécurité Sociale et donc complémentaire depuis des années pour favoriser, inciter à soigner plutôt que remplacer, pour faire simple, les dents. C'est le premier point.

Ils ne perdent, en principe, plus d'argent sur les soins conservateurs, ce qui pouvait être le cas avant. La contrepartie est la contrainte liée au plafonnement, dans certaines situations la génération de ces trois devis portés à la connaissance, en principe, de tous les patients qui vont faire leur choix en conscience pour savoir, en fonction de leurs garanties, ce qu'ils sont capables de mettre en place pour des soins qui sont aussi de qualité.

Mme BLETTERY.- Est-ce que cette possibilité d'avoir un panier 100 % est vrai aussi pour l'orthodontie ?

Mme BEYRAND.- Malheureusement non. Il en a été question parce qu'il est régulièrement question d'élargir le principe de la réforme à

d'autres actes médicaux, à d'autres actes prothétiques, pour autant le sujet de l'orthodontie a été évoqué mais n'a pas été retenu à ce jour.

Mme BLETTERY.- Si je ne me trompe, le remboursement de l'orthodontie repose essentiellement sur les mutuelles.

Mme BEYRAND.- Oui, en fait il y a une base de remboursement que l'on appelle le TO, en orthodontie, qui s'élève à 193,50 €, qui est pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale. Si vous m'en parlez, c'est que vous le saviez, le semestre coûte plus de 193,50 €. Tout ce qui est au-delà, c'est ce que l'on va appeler du dépassement, est supporté par la complémentaire santé.

Mme BLETTERY.- Qui, en matière de dépassement, dépasse l'entendement.

Mme BEYRAND.- Il est deux ou trois fois supérieur à la base de remboursement.

Mme BLETTERY.- Qui est à mon avis un sujet d'enquête journalistique. Franchement, c'est du grand délire.

Mme BEYRAND.- On vous laisse faire, pour l'enquête.
(Rires) Nous, on vous dira ce que l'on constate comme résultat.

Mme BLETTERY.- Merci pour la réponse.

Mme HAAG.- Pour ces analyses, pour revenir sur le 100 % Santé, on vous l'a dit en amont, normalement il y a 3 postes qui sont concernés, l'optique, le dentaire et l'audiologie. Là, on n'a des données que sur les données qui étaient significatives, c'est ce que l'on a souhaité partager avec vous puisqu'en fait, sur l'optique, je crois que l'on est à moins de 1 % de sollicitations sur le panier 100 % Santé. C'est pour cela que, comme les chiffres n'étaient pas significatifs, on n'a pas présenté la slide correspondante. Effectivement, cela rejoint ce que l'on disait en amont, malheureusement pour l'instant, le panier 100 % Santé n'a pas encore trouvé son public en optique. Peut-être les choses vont-elles évoluer dans les mois ou années à venir, en tout cas ce n'est pas encore le cas.

Mme BEYRAND.- Une fois que l'on s'est dit tout cela, il y aura un peu de redites parce que l'on a un peu dépassé le cadre des slides avec certaines questions auxquelles on a répondu.

Il faut savoir que des évolutions réglementaires ont eu lieu et qui n'étaient pas connues au moment où Audiens a chiffré le régime frais de santé, c'était en 2019. On l'a vu, le 100 % Santé existait, on l'avait intégré dans notre tarification, en revanche on s'aperçoit que la montée en charge du 100 % Santé est bien plus importante que ce que l'on envisageait et qu'au final, pour les complémentaires santé d'un point de vue global, on a un coût qui est entre 3 et 4 fois supérieur à ce qui a été anticipé.

Ensuite, concernant les revalorisations de tarifs depuis 2020, il y a le Ségur de la santé qui a permis l'augmentation des salaires du personnel soignant hospitalier. Là, on a des négociations en cours pour revaloriser la rémunération des praticiens en ville, en cabinet. On n'y revient pas, c'est nécessaire, mais l'impact que cela a forcément est que cela alourdit la charge de sinistres sur le régime frais de santé de France Médias Monde, cela augmente la base de remboursement qui est prise en partie par l'assurance maladie et en partie par les complémentaires santé, plus les dépassements quand il y en a.

On l'a dit tout à l'heure, je ne l'ai pas mis parce que ce n'est pas une évolution réglementaire mais ce qui pèse aussi sur le régime c'est la situation géographique des assurés de France Médias Monde qui se concentrent sur la région parisienne où on a parfois des prix qui sont bien au-delà de la moyenne nationale. Et, on l'a légèrement abordé en début de séance, il y a un transfert de charges qui aura lieu au 1^{er} juillet de l'assurance maladie vers les complémentaires santé. Ce n'est pas le premier, il y en a déjà eu plusieurs, il y a eu l'homéopathie, il y a eu les médicaments. Il y a régulièrement des transferts de charges de l'assurance maladie vers les complémentaires santé. Ce qui est un peu compliqué c'est qu'aujourd'hui on n'en a toujours pas défini les contours alors que c'est

prévu pour le 1^{er} juillet. On sait que cette opération va coûter 150 M€ en 2023 puisqu'elle prend effet au 1^{er} juillet 2023 et qu'à compter de 2024, mécaniquement, on sera sur une charge supplémentaire de 300 M€ pour l'ensemble des complémentaires santé, cela veut dire que l'on aura une charge de sinistres plus importante, a priori, dans les années qui viennent.

Mme PEREZ.- Ce transfert de charges porte sur quels types de soins ou de médicaments ?

Mme BEYRAND.- C'est une très bonne question à laquelle je n'ai pas encore la réponse puisque l'enveloppe a été déterminée entre les instances représentatives des trois grandes familles d'assureurs et le législateur. A date, on n'a pas encore le contenu. On sait combien, on ne sait pas quoi.

Mme PEREZ.- Ah bon ? Je vous crois mais je trouve cela étonnant, ils disent qu'il y aura un transfert de charges mais on ne sait pas sur quoi ?

Mme BEYRAND.- Oui. Aujourd'hui les négociations sont toujours en cours, on devrait déjà avoir arbitré sur les actes concernés mais ce n'est pas le cas. Je crois qu'il y a toujours des discussions. On a avancé.

M. DEAL.- Juste pour partager cette surprise de cette situation un peu inédite. Vous avez tout à fait raison d'être étonnée par cette situation, ce n'est pas une situation habituelle d'avoir aussi peu d'informations à ce stade, d'avoir négocié un transfert en volume et après de voir le contenu, ce n'est pas habituel du tout dans la façon de fonctionner jusqu'à présent.

Mme PEREZ.- C'est même inquiétant.

Mme BEYRAND.- Quand on dit déremboursement cela ne veut pas dire que la Sécurité Sociale va se désengager complètement d'un acte quelconque, cela peut être de diminuer le remboursement de la Sécurité Sociale, ce qui mécaniquement augmentera celui des complémentaires santé. On n'est pas en train de dire que la Sécurité

Sociale va complètement arrêter de rembourser quelque chose mais a minima elle va réduire, pour un volume annuel de 300 M€ elle va réduire sa contribution à un ou plusieurs actes médicaux.

Vous avez raison, c'est assez étrange, à ma connaissance, cela n'a jamais été fait comme cela, en tout cas pas dans la communication. Par exemple, il y a un an et demi, la Sécurité Sociale s'était désengagée complètement des remboursements des médicaments homéopathiques. Il y avait une prise en charge à 60 % de la base de remboursement par la Sécurité Sociale des traitements homéopathiques, les petits granules, aujourd'hui il n'y a plus du tout de prise en charge de la Sécurité Sociale.

Parfois, c'est la baisse d'un remboursement et c'est comme cela que l'on est arrivé avec nos vignettes multicolores sur les boîtes de médicaments, c'est parce qu'il y a eu des déremboursements progressifs sur certains médicaments. On a des vignettes bleues, blanches, rouges, orange, vertes ou jaunes. Le déremboursement n'est pas forcément total mais il aura lieu, il prendra effet le 1^{er} juillet et je ne sais pas encore vous répondre.

Evidemment, dès que l'on a de l'information, Laurence et Pierre, on vous la fait passer.

Mme BARRIERE.- Y a-t-il d'autres questions ?

Mme BEYRAND.- Cela fait un peu moins de 2 heures que l'on vous présente les comptes, on peut revenir sur certaines slides s'il y a des oublis, des choses qui vous paraissent encore un peu compliquées ou obscures.

Mme BARRIERE.- J'ai transmis votre présentation, Laetitia. Je l'ai envoyée aux élus ce matin.

Mme BEYRAND.- D'accord.

On a partagé avec vous le diagnostic du régime, on a fait l'état des lieux 2020, 2021, et 2022 un peu moins dans le détail. Les résultats nous permettent quand même de constater que l'on a une augmentation

soutenue des dépenses de santé et donc des remboursements France Médias Monde. Pour les raisons qu'a évoquées Frédéric en préambule, on a en 2019 répondu sérieusement à l'appel d'offres, on était proche des taux cibles, on n'a pas les épaules pour faire une chose pareille, on n'a pas fait de dumping, on a essayé de chiffrer sérieusement les régimes avec les éléments techniques qui avaient été portés à la connaissance de tous.

La dérive que l'on observe est une situation inédite, puisqu'elle va au-delà d'une dérive classique que l'on observe chaque année, à laquelle se sont ajoutés des facteurs exogènes réglementaires, sanitaires, etc., on est en train de sortir d'un tunnel, qui a quand même beaucoup pesé sur les complémentaires santé.

Une fois que l'on a fait cela, on se dit que l'on est là aussi pour vous dire que cette situation nous fait porter le déficit de France Médias Monde qui se situe à peu près sur 2020, 2021 et 2022 à un peu moins de 1,5 M€ en déficit cumulé. C'est Audiens qui le supporte, donc par définition ce sont les adhérents d'Audiens qui le supportent puisque l'on est une institution de prévoyance, on ne rémunère pas d'actionnaires, on n'est pas une société à capital. Ce que l'on gagne, on s'en sert pour notre fonctionnement et ensuite on le reverse, vous savez que l'on a des fonds d'actions sociales, on a beaucoup de missions dans lesquelles Audiens s'investit au profit de ces populations.

Le retour à l'équilibre est inévitable dans la vie d'un régime, aujourd'hui, on est là pour vous parler de la situation, pour envisager le retour à l'équilibre et les conditions d'un retour à l'équilibre. Ce que l'on veut surtout, c'est engager une discussion avec vous, on pense aussi qu'il vaut mieux en parler aujourd'hui plutôt que de se dire que l'on attend la fin du marché et que l'on se retrouve dans une situation difficilement tenable et qui ne permet pas à France Médias Monde d'avoir une sinistralité lisible de son régime frais de santé.

Frédéric, je pense que tu veux compléter ?

M. DEAL.- On est tombé d'accord, cela fait un certain nombre de semaines et de mois que l'on travaille avec Laurence et Pierre pour explorer la situation de cette dynamique, essayer d'en comprendre les contours et voir si on est sur une situation exceptionnelle au sens conjoncturel ou sur une tendance, c'est-à-dire une question du prix des garanties en place par rapport à vos besoins à vous, ce n'est pas nous qui allons vous reprocher de vous soigner. C'est vraiment notre métier de rentrer là-dedans et de vous accompagner là-dessus.

En fait, le coût de votre régime aujourd'hui est supérieur de 30 % à la tarification en place, c'est ce que l'on peut en conclure. Tout le sujet des discussions à venir, d'abord entre vous, est de savoir ce que l'on peut faire au 1^{er} janvier 2024 pour tendre vers l'équilibre sur l'exercice à venir, sachant que de toutes les façons il y a, dans le métabolisme de mise en concurrence, une échéance à la fin de l'année 2024 qui est la fin du marché en cours. C'était aussi l'expérience que l'on a avec d'autres institutions comme les vôtres ou dans d'autres secteurs d'activité dans le cadre de marchés publics, il n'est jamais très bon d'arriver sur un marché en concurrence avec des comptes très déficitaires qui n'ont pas donné lieu à des corrections pendant la durée du marché.

Mme BARRIERE.- Peut-être pourriez-vous nous faire un petit rappel de ce qui s'est produit chez nos consœurs de l'Audiovisuel public ?

M. DEAL.- Bien sûr.

Mme BARRIERE.- Cela pourra aussi éclairer nos élus.

M. DEAL.- Bien sûr.

Mme BARRIERE.- On avait le même type de marché, comme point de départ.

M. DEAL.- Dans l'Audiovisuel public on a, dans une partie du spectacle vivant, beaucoup de marchés publics dans nos champs d'activité. C'est le premier point.

Le deuxième point est que l'on a, sur les trois années qui viennent de passer, connu une situation parfaitement inédite en matière d'assurance de personnes. L'assurance de personnes repose sur un travail actuariel, mathématique, qui prétend par rapport à l'analyse du passé principalement, prévoir l'avenir en termes de consommation. C'est la logique du travail actuariel. On s'est retrouvé, par le jeu des principaux facteurs que l'on a évoqués tout à l'heure, dans une situation où le passé nous aidait mais ne permettait absolument pas de prévoir l'avenir. On s'est retrouvé dans une situation tout à fait inédite, y compris dans notre travail métier assurance.

On a connu cette situation peu ou prou chez d'autres adhérents, qu'ils soient publics ou privés. Cela fait à peu près 3 ans que l'on travaille avec les équipes d'Audiens à l'explication, au rétablissement d'une situation qui n'est pas soutenable dans la durée. Cela a aussi été le cas avec d'autres acteurs de l'Audiovisuel public qui sont peut-être moins nombreux, ils n'ont pas tous été déficitaires.

Mme BARRIERE.- Je pense à Radio France et à France Télévisions.

M. DEAL.- Vous avez tout à fait raison, et on pourrait en citer un autre encore.

Mme BARRIERE.- Il me semble que l'on a à peu près le même type de contrat, c'est-à-dire des prestations peut-être équivalentes, je n'en sais rien, mais avec un contrat dans lequel il n'était pas prévu de faire progresser les cotisations sur la durée du contrat et pour lequel vous avez eu des discussions. Il me semble que certains ont déjà procédé à des réajustements.

M. DEAL.- Tout à fait, en cours de marché. Le même schéma s'est produit dans un passé relativement récent pour les raisons que l'on évoquait, dans une proportion qui était quand même, sur la partie santé, moindre que la dérive que l'on peut constater pour France Médias Monde.

Là, vous avez été percuté vraiment par cet environnement tout à fait particulier, qui a amené des échanges nourris, des analyses, des présentations comme celles d'aujourd'hui auprès des partenaires sociaux.

Mme BARRIERE.- Y compris sur la prévoyance.

M. DEAL.- Voilà, et a abouti aussi à des mesures correctives, tout simplement pour ne pas laisser les choses dériver de manière trop importante.

Mme BARRIERE.- Aujourd'hui, clairement, disons-nous les chiffres pour que ce soit clair pour tout le monde et que chacun puisse y réfléchir et voir comment on procède. Pour vous, un retour à l'équilibre, si j'ai bien compris, nécessite une augmentation de la cotisation employeur et salariés, les deux en même temps, de 30 %.

Est-on toujours dans ces éléments et, pour rebondir sur ce qu'a dit Rabya, est-ce qu'il s'agit de 30 % y compris l'évolution du PMSS ou 30 % en plus ?

Mme BEYRAND.- Effectivement, on a un écart de 30 points entre les cotisations et les prestations. Mécaniquement, il manque 30 % aux cotisations pour permettre le financement des prestations, il manque 30 %, plus le PMSS puisque le PMSS va couvrir le glissement naturel des dépenses de santé qui va s'ajouter au déficit observé. C'est une mesure qui doit être complémentaire à l'évolution du PMSS.

L'idée est déjà de savoir un peu quel est l'avis des membres du CSE et d'échanger, de partager, nous avons, nous, nos propres contraintes, on comprend aussi que vous avez les vôtres, notamment un financement préalable annuel qui ne permet pas, par exemple, de prendre une mesure au 1^{er} juin. L'idée est de partager cela avec vous et de trouver un consensus qui conviendra à Audiens et à France Médias Monde pour organiser le retour à l'équilibre dans un délai...

Mme BARRIERE.- ... Clairement, pour donner de l'information aux élus, les discussions que nous avons eues entre Audiens

et la direction de France Médias Monde, jusqu'à présent, nous ont conduits, nous, à exclure la possibilité de procéder à des progressions dans l'année 2023, considérant que dans notre budget nous n'avons pas une masse suffisante pour y procéder. Par ailleurs, le budget qui nous a été alloué au titre de l'année 2023 pour faire progresser la masse salariale et donc pour la négociation annuelle obligatoire ne permettait pas de couvrir l'inflation, donc ne permettait pas non plus de faire progresser les tarifs pour les salariés et ce n'était pas notre souhait.

Notre position est d'envisager cette augmentation tarifaire à compter du 1^{er} janvier 2024. Nous n'avons pas encore eu de débat avec nos élus ni avec nos organisations syndicales. Ce que l'on a compris, c'est que, lorsque l'on voit l'évolution de la consommation, il n'y a pas de poste en particulier qui, si on revoyait les prestations, ferait baisser le montant de l'augmentation. Quand vous nous montrez les camemberts, tout augmente un peu en même temps en masse et en coût, on ne peut pas jouer sur un seul poste ou en tout cas sur le niveau des prestations pour faire baisser la facture.

D'après ce que j'ai compris aussi, rentrer dans un appel d'offres avec un compte très déficitaire nous met en danger, France Médias Monde, pour le futur appel d'offres et de toute façon, quoi qu'il advienne en 2024, au changement de prestataire ou au maintien du prestataire, en tout cas à la fin de l'appel d'offres, on aura une augmentation encore plus importante. C'est un risque.

Mme BEYRAND.- C'est un risque parce que, effectivement, la dérive de la consommation plus le déficit déjà observé...

Mme BARRIERE.- ... Plus une prise de risque pour un futur prestataire, que ce soit vous ou un autre, qui devra se prémunir de se retrouver dans la même situation que celle où nous sommes aujourd'hui.

Pour être claire, notre hypothèse aujourd'hui et celle qui est présentée dans nos demandes budgétaires pour 2024 est bien une

augmentation globale de 30 % dont l'employeur prend en charge 55 %, comme aujourd'hui nous le faisons pour la prise en charge de la cotisation.

Juste une chose que je souhaitais signaler, rappeler peut-être à nos élus que l'on a regardé pour Radio France et France Télévisions, je pense que la part employeur dans ces deux sociétés est de 50 % alors que pour nous, elle est de 55 % et que nous souhaitons la maintenir à ce niveau.

M. OUSSIBRAHIM.- J'ai deux questions.

Premièrement, concernant l'augmentation dont tu parlais, Laurence, cette prise en charge de l'employeur à hauteur de 55 % d'une augmentation de 30 %... c'est cela ?

Mme BARRIERE.- Oui.

M. OUSSIBRAHIM.- Elle est financée sur les NAO, c'est cela ?

Mme BARRIERE.- Oui, cela peut faire partie de la négociation annuelle obligatoire. Je ne me souviens plus combien cela représente en masse... Aujourd'hui, France Médias Monde n'a pas le budget pour financer cette augmentation, que ce soit en NAO ou pas, et on le demande à nos autorités de Tutelle pour 2024 pour financer la partie employeur de l'augmentation de cette cotisation.

Ensuite, on aura, dans le cadre de la NAO 2024, un budget. Libre à nous ensuite de décider si on affecte une partie de cette NAO 2024 au financement de l'augmentation de la cotisation pour les salariés. Est-ce clair ?

M. OUSSIBRAHIM.- D'accord. Donc deux choses. Vous avez demandé aux Tutelles de financer...

Mme BARRIERE.- ... Notre partie, la partie employeur.

M. OUSSIBRAHIM.- ... Et vous n'avez pas encore de réponse là-dessus ?

Mme BARRIERE.- On est en cours de discussion avec les autorités de Tutelle pour le COM et donc pour la première année.

M. OUSSIBRAHIM.- En attendant une réponse, vous proposez de financer cela dans l'enveloppe des NAO de l'année prochaine ?

Mme BARRIERE.- Pour la partie salariée. Ensuite, si on n'a pas de budget supplémentaire pour cela de la part de nos Tutelles pour la partie employeur, il faudra que l'on construise un budget dans lequel on déploie le montant nécessaire pour financer la partie employeur.

M. OUSSIBRAHIM.- D'accord.

Mme BARRIERE.- De toute façon aujourd'hui, on considère qu'il faut le faire. Clairement, il faut le faire au 1^{er} janvier 2024. On a une incertitude sur les modalités de financement.

M. OUSSIBRAHIM.- J'avais compris ou j'en avais déduit que l'augmentation des 45 % restants de la part des salariés sera financée directement sur un prélèvement sur leur salaire, comme c'est le cas aujourd'hui.

Mme BARRIERE.- Oui, ce sera le cas, mais on peut décider, dans le cadre de la négociation annuelle obligatoire, du budget qui sera le nôtre pour faire évoluer les rémunérations en 2024, d'affecter une partie de cette somme au financement indirect de cette mesure.

M. OUSSIBRAHIM.- Donc augmenter tous les salaires du niveau qui sera ponctionné sur le salaire.

Mme BARRIERE.- Oui, cela peut être cela.

M. OUSSIBRAHIM.- D'accord.

Je voulais faire un pas de côté, si c'est possible, pour ma compréhension personnelle. Il y a la prévoyance et il y a la santé, est-ce que ce sont deux contrats différents ou est-ce le même contrat ? C'est la première question.

La deuxième, jusqu'à présent vous ne nous avez présenté que les chiffres et le déficit concernant le contrat santé, qu'en est-il de la prévoyance ?

Mme BEYRAND.- Un marché et deux contrats, deux risques bien distincts, la prévoyance et les frais de santé. Effectivement, vous avez raison, on n'a parlé que des frais de santé.

La prévoyance est un risque lourd sur lequel on ne peut pas juste se retourner et regarder 2022 pour voir si 2022 est à l'équilibre, déficitaire ou excédentaire, on est encore trop proche de 2022 pour avoir une bonne vision du risque prévoyance sur cette année. On commence à appréhender de manière un peu plus objective et correcte 2020 et 2021. On est sur des risques qui sont tellement lourds... autant sur la santé on est sur un risque de consommation, de consommation médicale certes, mais même si on sait qu'il y a encore des choses à passer, quand on vous présente des comptes 2022 avec un arrêté, que l'on a pris la photo au 31 mars 2023, on sait qu'après le différentiel est l'épaisseur du trait.

Sur la prévoyance, il nous faut au moins 2 ans pour avoir une vision objective, précise et claire de la sinistralité sur l'année que l'on observe.

M. DEAL.- Pour compléter, Laetitia, pour répondre vraiment à Monsieur Oussibrahim sur la question de : si on regarde les résultats aujourd'hui avec le recul que l'on a sur la prévoyance, y a-t-il des marges de manœuvre sur la prévoyance ? C'est vraiment important de vous dire qu'effectivement ce préambule était très important, Laetitia, parce que l'on est dans des métabolismes de constats de sinistralité qui sont très différents entre santé et prévoyance.

La santé, cela fonctionne comme un compte bancaire, pour la prévoyance, il faut 2 ou 3 ans de recul pour savoir comment se consolident les arrêts. Pour quelqu'un qui est en arrêt, en fin d'année, on va provisionner de l'argent, c'est une obligation réglementaire pour être sûr de

pouvoir continuer à lui verser des indemnités par la suite, donc on va estimer la durée potentielle de son arrêt de travail, sa transformation en invalidité, son éventuel décès. On est obligé de le faire, donc on met de l'argent de côté, donc les provisions sont très importantes. Plus le temps passe, plus on sait ce que devient le sinistre : la personne a repris son travail, a versé en invalidité, donc il y a une consolidation progressive des sommes que l'on met de côté. Il faut plus de recul.

Pour autant, depuis 2020, sur la période d'observation, cela donnera lieu à une présentation. Je crois qu'il faut vraiment prendre un peu de temps sur la question des risques lourds, ce sont quand même les risques principaux, et c'est très intéressant et important pour vous. On est effectivement en 2020, 2021 et 2022 sur un résultat global supérieur à 1 puisqu'il est de 1,33 en rapport sinistres sur primes. Il n'y a pas de marge identifiée sur le risque mais qu'il faut prendre avec recul. Il faut séparer la partie décès de la partie arrêt de travail parce que, lorsqu'il y a un décès, il y a un décès, on est capable d'évaluer cela assez rapidement, et pour la partie arrêt de travail il faut prendre plus de recul.

Sur la partie décès on est à 0,90, et sur la partie arrêts de travail, on est à 1,69, c'est le cumul des deux en risques, qui donne 1,33, mais il faut prendre l'arrêt de travail avec recul. Il ne s'agit pas d'être catastrophiste à ce stade parce que l'on constate quand même que l'on a mis beaucoup d'argent de côté, qui rentre dans le calcul de l'équilibre, ce qui est encore une fois normal. Si on ne faisait pas cela, on ne ferait pas notre travail, c'est une obligation, on doit s'assurer systématiquement que tous les engagements pris vis-à-vis de vous seront tenus.

En revanche, sur ces résultats il y a plus de 2 M€ de provisions qui ont été constatés pour des sinistres qui existent bien, qui ont été déclarés, qui font l'objet de versements, etc., c'est tout à fait normal, mais évidemment ils grèvent considérablement le résultat. Ces provisions vont se consolider progressivement, certaines seront transformées en

prestations, d'autres vont tout simplement disparaître parce que les personnes auront repris leur travail. On en saura plus dans un an. Aujourd'hui, il n'y a pas de marge de manœuvre, mais ne soyons pas catastrophistes sur le résultat futur.

Mme BEYRAND.- On vous présentera naturellement les résultats prévoyance que l'on illustrera avec des chiffres, ce sera plus concret et plus simple. Il faut savoir que dès qu'Audiens a la connaissance d'un arrêt de travail, Audiens a l'obligation légale, réglementaire, de provisionner cet arrêt de travail jusqu'à, pour faire simple, l'âge légal de liquidation des droits à retraite. Plus une personne est jeune au moment de son arrêt de travail, plus son salaire est important, cela dépend un peu de l'état du bateau et de l'âge du capitaine, mais globalement, Audiens a pour obligation de provisionner l'arrêt de travail, le financement des indemnités journalières complémentaires, et le cas échéant, de la rente d'invalidité, jusqu'à ce que le salarié liquide ses droits à retraite ou jusqu'à ce qu'il recouvre la santé.

Chaque année, on fait aussi ce travail de nettoyer nos bases de gestion et cela nous permet de savoir que plus de la moitié des personnes qui nous sont déclarées en arrêt de travail reprennent leur activité, dans un délai plus ou moins long. Heureusement, on a plus de reprises que de maintiens en arrêt. Cela veut dire que c'est là où les provisions disparaissent, donc on a une charge de sinistres qui s'effondre entre une année d'observation et une autre.

Et on a ceux qui sont maintenus en arrêt. Là, petit à petit, les provisions vont se transformer en prestation puisque, mois après mois, trimestre après trimestre, on va servir les rentes, on va verser des indemnités journalières. Certaines provisions vont se transformer petit à petit en prestations.

M. OUSSIBRAHIM.- J'ai bien compris, merci pour cette explication. Je retiens que l'on n'a pas de marge de manœuvre côté prévoyance.

Juste une information pour nous. En attendant la présentation complète des chiffres de la prévoyance, est-ce que le taux de sinistralité prévoyance lié aux arrêts maladie à FMM sont dans la moyenne, plus que la moyenne nationale ? C'est juste une information en attendant la présentation complète des chiffres.

Mme BEYRAND.- Sur 2022, on a une sinistralité mécaniquement très importante, ce n'est pas le cas qu'à France Médias Monde, c'est le cas partout. En fait, on n'a pas encore la connaissance de toutes les reprises d'arrêts de travail etc., donc on a beaucoup de provisions générées sur l'année de survenance 2022. On commence à avoir un peu de recul sur 2020, mais on sait aussi que l'on assure, en prévoyance, le risque prévoyance des salariés de France Médias Monde depuis 2020, il ne faut pas oublier que c'est aussi à partir de cette année-là que l'on a une envolée de l'absentéisme en France, et probablement chez France Médias Monde aussi, il n'y a pas de raison que vous soyez en dehors du terrain de jeu. Pour autant, est-elle est supérieure à la moyenne nationale ? Tout de suite, je ne suis pas capable de répondre à cette question.

Dans la moyenne nationale, on a des ouvriers qui travaillent à l'usine pour lesquels le télétravail n'est pas possible, des chauffeurs poids lourd, on a des cadres informatiques. Il faudrait même sectoriser mais ma réponse reste la même, je ne suis toujours pas capable de le faire mais il faudrait affiner l'étude pour pouvoir répondre précisément à votre question.

On constate, je ne le constate pas chez France Médias Monde parce que je n'ai pas la vision d'avant 2020 mais je constate partout, sur tous les comptes que je suis, et on le disait tout à l'heure j'ai en charge le suivi et le pilotage de l'ensemble des comptes de l'Audiovisuel public, que cela augmente partout.

M. DEAL.- Au niveau national, depuis 2014 le coût des arrêts de travail de longue maladie, c'est-à-dire 3 mois et plus, ce sont les chiffres de la Sécurité Sociale, a explosé, c'est exponentiel. Cela a été encore, en plus, accéléré par la période de la Covid mais cela n'a pas été contredit par la suite parce que cela continue à augmenter. On est sur plus de 60 %, en coût, avec un petit effet inflation parce que c'est le coût des IJ versées, on est dans une situation nationale de croissance inédite depuis bientôt 10 ans, encore une fois sans inversion de la courbe, des arrêts de travail de longue maladie.

Comme le disait très bien Laetitia, il n'y a pas de raison objective de penser qu'une structure avec plus de 1 000 salariés échappe, quel que soit le secteur d'activité, à une tendance nationale. Malheureusement, il y a de nombreux facteurs dont on pourra parler, c'est multi-factoriel, on pourra en parler quand on examinera cela de façon plus complète.

Mme BEYRAND.- D'ici là, on aura probablement les chiffres nationaux à jour de 2022, ce que l'on n'a pas encore. Ils sont encore en cours de consolidation.

M. OUSSIBRAHIM.- D'accord, je laisse la parole à mes collègues concernant le financement, je pense qu'il y a des questions là-dessus. Je reviens à la fin, si tu veux bien Laurence, sur la gestion mutuelle chez nous.

Mme PEREZ.- Je m'adresse d'abord à la direction. Concernant la demande que vous avez faite aux Tutelles, si j'ai bien compris vous souhaiteriez que les Tutelles prennent en charge la partie employeur et pas la partie salariée et que pour la partie salariée cette augmentation de 30 % soit comblée, en partie au moins, par une partie du budget NAO. Pourquoi ne pas demander aux Tutelles de tout combler ?

Mme BARRIERE.- J'aurais pu vous le dire comme cela, Pilar, mais cela aurait voulu dire qu'obligatoirement dans le cadre des NAO, on

réservait une somme pour cela. Bien sûr, on a demandé un budget dans le cadre des NAO. Je ne fais pas de langue de bois.

Mme PEREZ.- Ce n'est pas du tout cela, je ne vous accuse pas de faire de la langue de bois, mais de demander aux Tutelles de combler les 30 %, que ce soit partie employeur ou partie salariée.

Mme BARRIERE.- Cela revient au même.

Mme PEREZ.- D'accord.

Sinon, j'ai une question pour Audiens. Serait-il possible de répartir différemment les remboursements etc., pour faire face à cette augmentation de 30 % ? Avez-vous des pistes ?

Mme BEYRAND.- En fait, Frédéric l'a dit, on échange, on a des échanges nourris avec Laurence et Pierre depuis plusieurs mois. On a déjà envisagé plusieurs pistes, on a pas mal travaillé sur le dossier, on pouvait peut-être envisager des baisses de prestations sur des postes qui ne concernaient pas directement du soin, sur de la chambre particulière qui relève plus du confort que de la qualité des soins, du lit accompagnant, du forfait naissance... On s'aperçoit que tout cela mis bout à bout ne pèse pas lourd, cela représente moins de 3 % de la consommation médicale versus 30 % de cotisations. Ce n'est pas suffisamment significatif.

Laurence l'a souligné tout à l'heure, en l'état actuel des choses on s'aperçoit que la consommation médicale a augmenté sur chacun des postes. En fait, il faudrait réduire un peu chacun des postes si on voulait arriver à un régime équilibré sans augmentation de cotisation. Il faudrait vraiment grever chacun des postes de consommation médicale, ce qui à mon avis n'est pas un souhait parce que j'imagine que le régime a été maintenu, je crois qu'il avait été légèrement amélioré dans le cadre de l'appel d'offres, mais globalement...

Mme BARRIERE.- ... Oui, on n'a pas fait d'amélioration significative dans les prestations attendues dans l'appel d'offres. On avait eu cette discussion avec les élus, on a fait quelque chose, avec la prise en

compte du 100 % Santé, qui ressemblait beaucoup aux prestations que l'on avait jusqu'à présent.

Mme BEYRAND.- Certes, vous avez un régime haut de gamme mais je crois que c'est la volonté. Il se trouve à peu près dans le trend des acteurs qui vous sont proches. On n'a pas tellement d'autre solution que le rééquilibrage du compte par l'augmentation des cotisations. Ce que l'on souhaite vous dire aujourd'hui c'est que l'on est là pour vous accompagner dans les études, dans votre réflexion. On partage un constat mais on voudrait ne pas s'arrêter là, on voudrait être présent pour la suite aussi.

M. DEAL.- Madame Perez, votre question est importante, on a vu tout à l'heure le niveau de remboursement global qui permet d'éviter trop de reste à charge. Quand on n'a pas une identification d'économie simple sans impact sur les restes à charge et que cela touche l'ensemble des garanties, y compris des garanties un peu essentielles, la conséquence immédiate d'une réduction un peu généralisée est de déporter le coût sur les assurés eux-mêmes, en particulier les plus malades, puisque cela augmente le reste à charge mécaniquement. C'est un peu un effet de vases communicants et il faut être assez prudent.

Cela ne veut pas dire que dans votre régime il n'y a pas peut-être de petites marges identifiables à terme, mais là on sait par expérience que cela se prend bien en avance, cela se discute, c'est un consensus social, ce sont des négociations. Ce sera sans doute l'objet de votre travail.

Mme BARRIERE.- Du prochain cahier des charges.

M. DEAL.- Voilà. Il y a sans doute des choses qui peuvent toujours améliorer, bien entendu en gardant l'intelligence du régime et un niveau de prise en charge global proche de l'actuel, mais si on fait les choses de manière un peu trop brutale le risque est de transformer une augmentation de cotisations en reste à charge qui va se concentrer sur les plus malades. C'est le sujet.

Mme BARRIERE.- La difficulté est qu'il y a deux risques pour cela, soit les personnes arrêtent de se soigner dans la limite de ce qui est acceptable pour elles en termes de prestations, de reste à charge, soit elles diminuent la qualité des soins auxquelles elles souhaitent accéder de sorte à ne pas avoir beaucoup de reste à charge. Pour que ce soit utile, il faudrait que tout le monde le fasse, il faut que, collectivement, on décide de diminuer notre consommation ou le niveau de notre consommation tous ensemble de sorte à faire baisser le niveau des prestations, le coût de la prestation.

Mme PEREZ.- J'entends bien, loin de moi l'idée de réduire la qualité et d'augmenter le reste à charge. Je demandais cela parce que ce sont des spécialistes, peut-être avez-vous une solution à laquelle je n'avais pas pensé.

Mme BARRIERE.- On a commencé par là, Pilar, nous-mêmes.

Mme PEREZ.- Je l'imagine Laurence, je ne dis pas que vous souhaitez nous voir tous malades et ne pas être remboursés, ce n'est pas cela du tout. Effectivement, peut-être que la meilleure solution est que les Tutelles mettent la main à la poche.

Mme BARRIERE.- Oui, on met du nôtre pour obtenir les moyens.

Mme PEREZ.- Ok. Très bien, merci.

Mme BLETTERY.- Juste une petite réflexion. Il me semblait, mais c'est vraiment une vision micro, que la difficulté actuelle de trouver un généraliste, un spécialiste, de réussir à se faire soigner correctement en région parisienne avait limité finalement...

Mme BARRIERE.- ... La consommation, la possibilité de consommer.

Mme BLETTERY.- Voilà, et apparemment ce n'est pas du tout le cas, c'est un constat assez surprenant.

Autre commentaire, qui n'est pas une question, je pense que les coûts en région parisienne ne sont pas du tout les mêmes.

M. DEAL.- C'est sûr.

Mme BEYRAND.- On a des dépassements d'honoraires largement supérieurs à ceux que l'on peut constater dans le Finistère ou dans la Creuse, très clairement.

Mme BLETTERY.- C'est logique, puisque de toute façon, les cabinets ne coûtent pas la même chose en foncier.

Mme BARRIERE.- Rabya, tu as d'autres questions ?

M. OUSSIBRAHIM.- J'ai posé la question à Pierre dans le cadre d'un traitement d'un cas individuel, une salariée qui avait quelques problèmes pour sa mutuelle, elle s'est rendu compte, en appelant la mutuelle que des cotisations que FMM a versées ne correspondent pas à un contrat existant. Son nom n'existe pas chez la mutuelle. On a réglé le problème avec Pierre, que je remercie par rapport à ce cas personnel.

Cela pose un problème plus général de suivi. Est-ce que pour chaque cotisation faite par le salarié, par FMM, il y a vérification que cela correspond à quelque chose derrière ? Je ne sais pas si je suis clair. Concernant cette salariée il y avait un petit problème, je ne sais pas si c'est général.

Mme BEYRAND.- On va faire remonter le sujet auprès de WTW qui est le délégataire de gestion, gestion des prestations et gestion des cotisations. En théorie, pour vous répondre, on n'a pas de financement individuel. En théorie, seule France Médias Monde règle l'intégralité des cotisations, frais de santé et prévoyance, après prélèvement de la contribution du salarié sur le bulletin de salaire. France Médias Monde règle les cotisations pour l'ensemble des collaborateurs. Il faut que l'on voie avec nos interlocuteurs WTW comment des cotisations ont pu être appelées sans être affectées à un risque identifié. Je n'ai pas la réponse tout de suite mais on va investiguer.

Mme BARRIERE.- Est-ce que cela veut dire que, nous-mêmes, nous n'aurions pas affilié la personne ?

M. DEAL.- Il est possible qu'il y ait un écart entre les déclarations DSN et l'affectation sur l'outil sécurisé employeur de WTW. C'est pour cela qu'il faut regarder cette situation.

Ce que l'on peut dire d'une manière générale c'est que, en cohérence globale, on ne voit pas ce que vous pouvez craindre, Monsieur, sur la question de la généralisation d'une problématique de cette nature. Vous dire aussi qu'il y a deux niveaux de contrôle, sur la correspondance entre les cotisations versées et les droits effectivement générés, un premier niveau de contrôle sur ce que permet aujourd'hui la DSN, déclaration sociale nominative, chez le délégataire de gestion qui fait régulièrement en principe, des contrôles de cohérence entre cotisation versée individuellement et personne couverte, en famille ou de manière célibataire.

Un deuxième niveau de contrôle, nous avons, nous, en tant que porteurs du risque, sur le délégataire de gestion qui est un sous-traitant qui est à la fois tributaire du lot n°2 et sous-traitant d'Audiens de cette partie-là, un contrôle périodique sur pièce et sur place de la bonne gestion par WTW du régime de France Médias Monde, comme d'autres qu'on leur a confiés aussi. Il y a ce double contrôle. Quand on constate des problématiques, c'est suivi par notre équipe spécialisée dans le pilotage des délégataires lorsque des problématiques peuvent se poser.

Soit, elles sont très ponctuelles, je crois que ce doit être ce cas de figure, il y a une correction qui est apportée et vérification que les niveaux de contrôle sont bien en place chez WTW pour éviter que cela ne se reproduise, là on n'a eu aucune espèce de remontée de problématique générale sur WTW concernant votre compte. On va aussi interroger notre équipe en charge du pilotage des délégataires.

Mme BEYRAND.- Pierre, pourriez-vous me transmettre l'identité de l'assuré concerné ?

M. MARTINEZ.- Je vous la transmettrai. En l'occurrence, je pense que, effectivement, le problème doit se traiter au niveau de WTW. Je pense que c'était ponctuel.

M. DEAL.- D'accord.

M. OUSSIBRAHIM.- Merci.

M. TARABEY.- Merci beaucoup pour cette présentation.

J'ai appris qu'il y a nombre de prestations extrêmement utiles dont, en tant que salarié, je n'avais pas connaissance. C'est très positif, je suis très content. En revanche, 30 % ce n'est quand même pas rien, serait-il possible de résumer cela en 3 ou 4 points, disons les causes de ce gap ? J'ai retenu que les salariés de FMM dans leur globalité dépensent plus que prévu pour des frais médicaux et qu'il y a, j'imagine, inflation. Y a-t-il un ou deux autres paramètres ?

Mme BARRIERE.- Bilal, je vais vous demander juste une petite chose. Petit à petit, on va s'y habituer, c'est de mettre votre caméra quand vous prenez la parole, s'il vous plaît.

M. TARABEY.- Pardon, mais je ne suis pas très présentable.

Mme BARRIERE.- Ce n'est pas grave. *(Rires)* Merci.

M. TARABEY.- D'accord. C'était refaire les 3 ou 4 points avant que l'on ne se quitte, comme cela on les a en tête.

Mme BEYRAND.- Effectivement, on a une population parisienne qui est soumise à des dépassements d'honoraires plus fréquents et plus coûteux qu'ailleurs en France. C'est la première chose.

On a une réforme du 100 % Santé qui s'est déployée davantage que prévu et qui est toujours en cours de progression.

On a une montée en charge, comme le déploiement était progressif, la communication sur le sujet l'est aussi et, du coup, on a

toujours une montée en charge observée sur les comptes 2022 et probablement encore sur 2023, quand on se reverra l'année prochaine.

On a un alourdissement de la charge sur le poste hospitalier puisque l'on a une augmentation des salaires des personnels soignants à l'hôpital. Et on a le pendant en médecine de ville qui est en cours de négociation actuellement, qui va venir s'ajouter au reste. Le Ségur de la santé, c'était 2020. Du coup, on en ressent déjà les effets sur ce poste.

Encore une fois, si en termes d'absentéisme il n'y a pas de raison que France Médias Monde soit hors jeu, la population de France Médias Monde vieillit probablement aussi chaque année. Tous les éléments du contexte national vont nécessairement s'appliquer à France Médias Monde. Vous avez une dimension qui ne vous exclut pas des règles du jeu et qui, par conséquent, permet de dire que l'on a une population qui vieillit, une augmentation de la pathologie à âge égal, diabète, tension artérielle, etc., les maladies chroniques que l'on a de plus en plus tôt et donc, par définition cela alourdit aussi, mécaniquement, la charge de sinistre chez France Médias Monde.

Mme BARRIERE.- On peut aussi se dire que l'on a mal apprécié, ce qui est logique vu la situation de 2019 et après ce qu'il s'est produit, le niveau de cotisation au démarrage du contrat.

Mme BEYRAND.- Vous avez raison. En fait, il y a deux sujets.

Mme BARRIERE.- On ne pouvait pas faire autrement, on ne pouvait pas prévoir.

Mme BEYRAND.- Les éléments techniques ne nous ont pas permis d'anticiper une charge de sinistres, celle que l'on observe actuellement. C'est la première chose.

La deuxième chose, c'est l'augmentation depuis 2020 de la charge de sinistres qui continue de se poursuivre et qui est liée à des évolutions sociales et réglementaires.

M. TARABEY.- C'est peut-être parce que je suis nouveau dans ces problématiques mais c'est vrai que je me dis que le gap de 30 % est élevé, donc peu importe ce que l'on décide de faire, ce serait bien que, si on renégocie à l'avenir un contrat, on essaie un tout petit peu de réfléchir à ces éventuelles évolutions pour que l'on ne se retrouve pas à "courir après" tous les x temps.

M. DEAL.- Vous avez tout à fait raison.

Mme BARRIERE.- C'est vrai que, pour ce qui nous concerne, ce taux est inédit. C'est la première fois que depuis que l'on a un accord de frais de santé, je vois un montant aussi important. Il y a beaucoup d'éléments conjoncturels et après il y a notre ville, le meilleur accès aux soins...

Mme PEREZ.- Vous faites le constat que nous serions plus malades et plus tôt, est-ce effectivement nous qui contractons plus de maladies et plus tôt ou est-ce parce que nous nous soignons mieux et que nous prenons soin plus tôt de notre santé ?

Mme BEYRAND.- C'est un vaste débat. Je pense que j'aurais besoin d'être accompagnée d'un anthropologue pour pouvoir vous répondre plus précisément, mais il y a plusieurs choses. On se soigne mieux et on fait des progrès techniques énormes chaque année, donc c'est plus coûteux. Encore une fois, la conséquence de cela ce n'est pas que l'on est en train de vous dire que vous êtes trop malades ou que...

Mme PEREZ.- ... Non, c'est juste pour savoir.

Mme BEYRAND.- On partage les constats. De manière générale, les progrès techniques sont énormes, du coup rendent la médecine plus coûteuse. On peut se dire aussi que les modes de vie ne permettent pas de repousser l'apparition de certaines maladies chroniques que l'on voyait apparaître plus tard il y a quelques années, et que l'on voit apparaître plus tôt désormais. On est devenu très sédentaire, on a l'impression que c'était il y a 2 ans mais cela fait un petit moment que l'on

est sédentaire. A priori, quand on écoute un peu les informations, les médecins, les soignants, etc., cela ne nous aide pas à avoir une meilleure santé. Est-ce que les perturbateurs endocriniens...

Mme BARRIERE.- ... La pollution de l'air...

Mme BEYRAND.- Probablement, mais je sors de mon domaine de compétences.

Mme PEREZ.- D'accord. Merci.

Mme BARRIERE.- Merci à tous. Monsieur Deal, Madame Beyrand, Madame Haag, j'espère que l'on a répondu aussi à vos attentes sur nos engagements à venir.

Mme BEYRAND.- Oui, on est très content d'avoir pu partager avec vous et échanger.

Mme BARRIERE.- Nos engagements d'aujourd'hui pour les évolutions à venir, disons-le comme cela. Dès que vous avez des éléments complémentaires, n'hésitez pas.

Mme BEYRAND.- Oui.

Mme BARRIERE.- Si le document doit être complété, je le ferai parvenir. Et quand ce sera le moment pour vous, pour faire un point sur la prévoyance, on fera peut-être une séance spécifique.

Mme BEYRAND.- On devrait probablement être prêt courant juin, autour de la mi-juin.

Mme BARRIERE.- D'accord. On a une activité sociale un peu importante en ce moment mais si on peut le faire avant les congés, on le fera. Sinon, on le fera à la rentrée.

Mme BEYRAND.- Il n'y a pas d'urgence, on peut aussi, s'agissant de la prévoyance, si cela vous convient mieux, sachant que le sujet brûlant concerne les frais de santé, reporter le sujet à septembre ou octobre. On s'adapte.

Mme BARRIERE.- Très bien. Merci beaucoup.

Mme HAAG.- Merci à tous pour votre attention.

Mme BARRIERE.- Bonne fin de journée à tous.

La séance est levée à 12 h 47.