



CFE-CGC Orange

Adresse postale : 10/12, rue Saint Amand - 75015 Paris

Tél : 01 46 79 28 74

E-mail : secretariat@cfecgc-orange.org

Réf. : PS/05/04/2026-05-21

Lettre simple

ORANGE SA

111, quai du Président Roosevelt

CS 70222

92449 ISSY LES MOULINEAUX CEDEX

À l'attention de **Monsieur Vincent Lecerf**

Directeur Exécutif en charge des Ressources Humaines Groupe

Paris, le 21/05/2026

Objet : Régressions du nouvel accord Santé/Prévoyance des salariés de droit privé, en vigueur depuis le 1er janvier 2026

Monsieur le Directeur Exécutif,

Depuis le 1er janvier 2026, le nouvel accord Santé/Prévoyance des salariés de droit privé, géré par le courtier Henner, est en vigueur. La CFE-CGC Orange, seule organisation syndicale à avoir refusé de le signer par manque de transparence lors des négociations et en raison des pertes identifiées pour les salariés et leurs familles a conduit une analyse comparative avec le précédent accord CNP/Malakoff Humanis et une enquête auprès des salariés, **dont les résultats confirment une dégradation concrète de la prise en charge.**

Représentativité contestée : la validité de l'accord en question !

La CFE-CGC Orange conteste le pourcentage de représentativité qui lui est attribué, lequel ne reflète pas la réalité des suffrages exprimés lors des dernières élections professionnelles, appréciés au regard du seul périmètre des salariés de droit privé. **Elle considère que son niveau réel de représentativité lui confère la qualité d'organisation syndicale majoritaire au sens des dispositions légales applicables et se réserve, dans le respect des voies et délais de recours applicables, la possibilité d'engager toute procédure utile visant à faire reconnaître ce niveau exact de représentativité ainsi que ses conséquences, notamment sur la validité de l'accord.**

Des arguments ineptes avancés par la Direction pour justifier la baisse des prestations

La Direction a invoqué plusieurs facteurs structurels pour justifier ses choix : la dérive des dépenses liée au vieillissement de la population assurée, la revalorisation des honoraires médicaux et des bases de remboursement, ainsi que le désengagement progressif de la Sécurité sociale, qui reporte une part croissante du financement vers les complémentaires.

Elle constate néanmoins que la réponse apportée a consisté à faire supporter l'essentiel de l'ajustement aux salariés le plus modestes (la Direction refusant de dé plafonner les cotisations pour protéger les gros salaires) : l'accord a généré une économie estimée à environ 1 million d'euros pour l'employeur, et **la Direction a renoncé à l'intégration d'une surcomplémentaire qui aurait amélioré la couverture des dépassements d'honoraires en consultations spécialisées et en hospitalisation en raison de son coût estimé à 3,5 millions d'euros.** Ce choix traduit une priorité sans ambiguïté : la maîtrise du coût employeur a primé sur la qualité de la protection sociale des salariés.

Résultats de l'enquête : un mécontentement massif

L'enquête a été diffusée par messagerie électronique en mars 2026 auprès des abonnés aux communications de la CFE-CGC Orange. Elle a recueilli à ce jour près de 2 000 réponses dont les [résultats complets sont consultables en ligne](#).

Le tableau qui se dégage est sans ambiguïté :

- **Sur les remboursements** : 83 % des répondants ne constatent aucune amélioration depuis le 1er janvier 2026 ; 61 % font état d'une baisse effective, principalement sur le dentaire, l'optique et les spécialistes ; 26 % ont renoncé à des soins pour raisons financières.
- **Sur l'information** : 84 % estiment que la Direction n'a pas communiqué clairement sur la nouvelle complémentaire ; 57 % ignoraient le surcoût hors réseau [Itelis](#) ; 71 % ignoraient l'obligation de valider manuellement certains remboursements dans l'application Henner, procédure jugée contraignante par 91 % d'entre eux ; 88 % ignoraient l'obligation d'envoi postal pour tout remboursement supérieur ou égal à 1 001 €, jugée contraignante par 95 % des répondants concernés.
- **Sur la gestion** : 35 % ont rencontré des problèmes avec Henner ; 18 % sont touchés par le changement de statut de leur conjoint.

Au total, 59 % des répondants se déclarent très insatisfaits ou insatisfaits, contre 11 % satisfaits ou très satisfaits. Et **84 % estiment que la réduction des coûts prime sur la qualité de l'accompagnement santé**.

Des témoignages de salariés accablants

Parmi les 400 verbatims recueillis, voici une sélection des plus représentatifs :

- « *La Direction a menti en indiquant uniquement les quelques améliorations et en se gardant bien de parler des régressions ! Je trouve ça inadmissible.* »
- « *Mutuelle catastrophique. Je ne peux pas me permettre d'honorer des rendez-vous médicaux. J'ai dû annuler des soins à cause du reste à charge énorme.* »
- « *Impossible de joindre Henner par téléphone ! Inadmissible, les démarches sont fastidieuses et chronophages.* »
- « *Les procédures de Henner donnent la sensation que les salariés sont des voleurs.* »
- « *Tout est fait pour décourager les demandes de remboursement : complexité, règles, retards, pièces jointes non prises en compte. Le niveau de remboursement baisse, alors que les cotisations augmentent et les revenus diminuent. Est-ce que je recommanderais Henner ? Non : 0/10.* »

Ces témoignages reflètent un état d'esprit largement partagé sur d'autres canaux comme le groupe Facebook ([la CDZ- Communauté des Zagrumes](#))

Régressions avérées sur les garanties

La comparaison des notices d'information de l'ancien et du nouvel accord fait apparaître les dégradations suivantes :

- **Optique** : le reste à charge augmente sensiblement pour les verres achetés hors réseau [Itelis](#), pénalisant les assurés qui, pour des raisons géographiques ou personnelles, ne souhaitent pas ou ne peuvent pas y recourir.
- **Lentilles** : le forfait annuel pour les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale est désormais plafonné à 270 €, contre 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) dans le précédent accord, soit 400,50 € en 2026. L'écart se creusera chaque année avec la revalorisation du PMSS.
- **Chirurgie de l'œil** : le forfait est limité à 900 €, contre 24 % du PMSS (961,20 € en 2026), avec le même effet d'érosion progressive dans le temps.
- **Maternité** : en cas d'accouchement par voie basse, la nouvelle prise en charge inclut l'hospitalisation assortie d'une allocation forfaitaire de 200 €, en lieu et place du forfait naissance à 40 % du PMSS (1 602 € en 2026). La perte financière est directe et significative.
- **Hospitalisation psychiatrique** : la chambre particulière est désormais limitée à 60 jours par an, sans plafond dans le précédent accord. Les assurés nécessitant des hospitalisations longues se retrouvent exposés à des frais très conséquents au-delà de ce seuil.

- **Cure thermale** : la prise en charge passe de 21 à 18 jours. Cette réduction de trois jours n'est pas médicalement motivée : elle est purement financière, et constitue un facteur de renoncement partiel aux soins.
- **Hospitalisation ambulatoire** : la chambre particulière passe de 2,50 % à 1,30 % du PMSS. Le précédent accord ne distinguait pas les séjours ambulatoires des autres.

Réseau de soins : un accès dégradé

Le recours au réseau Itelis est structurant dans le nouveau dispositif. Avec 3 700 opticiens référencés contre 7 700 dans le précédent réseau [Carte Blanche](#), la couverture est réduite de moitié. Carte Blanche intégrait un grand nombre d'opticiens indépendants, assurant une présence dans les zones rurales et les DROM ; Itelis est davantage concentré dans les grandes agglomérations, avec une couverture plus espacée hors zones urbaines.

Cette restriction du réseau génère des restes à charge significativement plus élevés hors réseau, une limitation du libre choix des praticiens et des inégalités territoriales d'accès aux soins notamment en Corse, où le réseau de substitution [Kalixia](#) n'est pas intégré à l'application Henner.

Une administration des remboursements qui n'est au service des personnels

Le dispositif introduit par ailleurs plusieurs obstacles administratifs.

Toute facture supérieure à 1 001 € doit être transmise par voie postale. Certains remboursements nécessitent une validation manuelle dans l'application, et les prises en charge requièrent une codification précise, le service Henner réclamant les documents au coup par coup plutôt qu'en fournissant d'emblée la liste complète.

De plus le salarié, son conjoint et ses enfants majeurs partagent un compte unique donnant accès aux données médicales et financières de l'ensemble du foyer, ce qui soulève de sérieuses questions en matière de protection des données de santé.

Une atteinte aux droits des plus fragiles

Le conjoint percevant des allocations chômage, auparavant « conjoint à charge », doit désormais cotiser individuellement : surcoût direct pour des foyers dont les revenus baissent au même moment et sa cotisation est prélevée sur le compte du salarié sans RIB ni mandat signé.

Le contrat s'inscrit désormais dans une logique de performance financière. Aucun mécanisme de redistribution directe des éventuels excédents aux bénéficiaires n'est prévu. Cette évolution modifie fondamentalement la nature de la protection collective : les salariés ne sont plus parties prenantes d'un système de solidarité qu'ils cogèrent, mais clients d'un prestataire externe soumis à une logique de rentabilité.

Transfert de charges, coûts indirects et érosion progressive des garanties

Ce choix de réduction des coûts employeur transfère des coûts réels et non compensés pour les salariés et temps estimé entre 30 et 90 minutes par mois pour un foyer avec soins réguliers : démarches administratives multipliées, avances de frais plus fréquentes, recours à des surcomplémentaires, etc.

La réduction des garanties transfère par ailleurs une partie des dépenses de santé vers des frais directs pour les salariés, qui ne bénéficient pas du régime fiscal avantageux des cotisations collectives obligatoires (celles-ci sont déduites du revenu imposable). La prise en charge de la vaccination antigrippale, précédemment assurée à 100 % par Orange, a en outre été transférée par vos soins au régime complémentaire, générant des coûts supplémentaires d'impactant les charges à la hausse.

Le remplacement de garanties indexées sur le PMSS (Le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale est utilisé comme base de calcul de certaines prestations sociales. Il est réactualisé chaque année par les pouvoirs publics pour une date d'effet au 1er janvier.) par des forfaits fixes conduit à une perte progressive de couverture : sans revalorisation automatique, ce qui peut sembler avantageux aujourd'hui devient rapidement défavorable pour les salariés par exemple l'implantologie, avec un forfait de 1 200 € au lieu de 28 % du PMSS.

Un changement de modèle de gouvernance

Le changement de prestataire traduit une évolution de la gouvernance. Le précédent modèle, adossé à la Mutuelle Générale, relevait d'une logique mutualiste : les cotisations étaient intégralement mobilisées au service des prestations et de la solidarité entre assurés, avec la possibilité, en cas d'excédents, de les réaffecter au bénéfice des bénéficiaires, des réserves, de la stabilisation des cotisations, et de

l'amélioration des garanties .Sous habillage de fusion, [La Mutuelle Générale a en réalité vendu ses contrats collectifs avec CNP Assurances](#), relevant désormais du secteur assurantiel lucratif.

Les Demandes de la CFE-CGC Orange liées à la mise en place du nouvel accord

Pour garantir un accès aux soins sans discrimination financière et prévenir une nouvelle érosion du pouvoir d'achat des salariés, la CFE-CGC Orange demande à la Direction de :

- **Ouvrir un bilan de suivi annuel formalisé** du nouvel accord, mesurant précisément les restes à charge, les renoncements aux soins, les délais de remboursement et les incidents administratifs ;
- **Engager des clauses de revoyure** sur les postes ayant subi des régressions avérées : maternité, optique, statut des conjoints, hospitalisation psychiatrique ;
- **Réintroduire une indexation sur le PMSS** pour les forfaits actuellement exprimés en euros, afin d'éviter une dégradation automatique des garanties dans le temps ;
- **Simplifier les procédures administratives**, pour garantir un accès effectif aux droits tout en préservant les dispositifs anti-fraude ;
- **Corriger les dispositifs générateurs d'inégalités ou de risques**, notamment le statut des conjoints au chômage et le compte de connexion partagé.

Revendications de la CFE-CGC Orange

Dans une perspective plus large, et toujours dans l'intérêt des salariés du groupe, la CFE-CGC Orange souhaite engager une réflexion sur quatre évolutions structurelles :

- **Déplafonner et unifier les tranches de cotisation**, afin que les plus hauts salaires contribuent plus solidairement à la protection sociale. Le plafonnement actuel fait en effet supporter aux salariés les plus modestes une partie des frais de santé des mieux rémunérés ;
- **Fusionner les régimes des salariés de droit privé et des fonctionnaires**, pour renforcer la solidarité intergénérationnelle, simplifier la gestion et réduire les coûts indirects (systèmes de paie distincts, sites web dupliqués, etc.) ;
- **Intégrer le budget de la prime optique de 64,03 €** (octroyée tous les cinq ans) dans le budget prévoyance santé. Ce transfert représente plus d'un million d'euros, dont moins d'un tiers est effectivement restitué aux salariés après charges et impôts. Il permettrait une réduction de cotisation d'environ 15 € par salarié et par an ;
- **Augmenter le niveau de prise en charge de la cotisation par l'entreprise** puisque la Direction avez décidé de ne plus rembourser les frais de vaccination mais de les faire supporter par le complémentaire santé (dont une partie est payé par les personnels)
- **Retenir un organisme unique** pour la gestion de la prévoyance santé d'Orange SA et de ses filiales, avec des prestations et des taux uniformes pour l'ensemble du personnel. Le système actuel génère une carence de trois mois en cas de mobilité interne, et est source de complexité inutile pour les salariés et les fonctionnaires comme pour les équipes RH. Cela permettra des économies de gestion substantielles et d'éviter de maintenir des informations en surnombre sur le site web interne du groupe.

La préservation d'un niveau de protection sociale orientée vers la prévention du renoncement aux soins et le maintien du pouvoir d'achat constituent un levier de cohésion, de fidélisation et de performance collective pour les personnels. C'est également un marqueur fort de la reconnaissance due à celles et ceux qui contribuent chaque jour aux résultats du groupe. Vous avez fait le choix de l'abandonner.

Dans l'attente d'une réponse visant à rétablir une situation peu acceptable, nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de nos salutations respectueuses.

Patrice Seurin
Délégué Syndical Central CFE-CGC

Avelino Marinho
Secrétaire National Protection Sociale



Copie :

- Madame Christel Heydemann
- CNIL
- CSEE DR Corse