

Satisfaction des salariés à la suite de la généralisation de la complémentaire santé

En 2017, à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, plus de huit salariés sur dix sont couverts par leur entreprise. Cette adhésion obligatoire est globalement bien accueillie, puisque seulement un salarié sur cinq aurait refusé la complémentaire santé d'entreprise s'il avait eu le choix. De plus, deux tiers des salariés déclarant un changement de coût ou de remboursement en sont satisfaits. Les personnes auparavant couvertes par un contrat individuel sont plus fréquemment satisfaites que celles qui l'étaient par un contrat collectif. Enfin, un salarié au chômage sur deux bénéficie de la complémentaire santé de son précédent employeur, à la suite de l'allongement de la portabilité des contrats.

Environ un salarié sur cinq aurait refusé la complémentaire santé de son entreprise s'il avait eu le choix

En 2017, plus de huit salariés sur dix sont couverts par la complémentaire santé de leur entreprise (voir fiches 14 et 24), désormais obligatoire, à l'exception des salariés pouvant être dispensés d'adhésion (*encadré 1*). Un peu plus d'un salarié couvert sur cinq aurait refusé le contrat collectif s'il avait pu le faire, selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) [*encadré 2, premier champ*]. Ce taux est plus faible (environ un sur dix) pour les salariés déclarant que leur entreprise avait déjà mis en place une complémentaire santé de façon volontaire avant la généralisation et que celle-ci n'a pas été modifiée à la suite de la loi. Il est possible que ces offres, en moyenne plus généreuses que celles mises en place à sa suite (voir fiche 24), suscitent davantage de satisfaction auprès des salariés. De plus, les salariés habitués à l'offre proposée sont sans doute moins enclins à la comparer avec un autre type de contrat, ce qui peut contribuer à une adhésion plus forte.

Deux tiers des salariés déclarant un changement de coût ou de remboursement sont satisfaits de la généralisation

Au sein des établissements¹ ayant indiqué avoir modifié ou mis en place une complémentaire santé², près des deux tiers des salariés (*encadré 2, deuxième*

champ) déclarent un changement des remboursements ou du coût de leur complémentaire du fait de la généralisation de la complémentaire d'entreprise (*encadré 2*). Le tiers n'ayant pas déclaré de changement se compose de salariés non concernés, car non couverts auparavant ou ayant fait valoir une dispense d'adhésion au moment de la mise en conformité de l'entreprise (13 %), et de ceux qui déclarent que les remboursements et le coût sont restés identiques (20 %). Ces derniers peuvent ne pas avoir été concernés par les changements (par exemple, dans le cas de contrats étendus à certaines catégories de salariés) ou ne pas avoir perçu de changements pour eux-mêmes. L'établissement peut aussi avoir modifié la complémentaire sur d'autres aspects que les remboursements ou le coût.

Parmi les salariés couverts avant la réforme et déclarant un changement de niveau de remboursement ou de prix de leur complémentaire à la suite de la généralisation (passage d'une couverture individuelle à une couverture collective ou modification de la complémentaire d'entreprise), 75 % ont connu une modification des remboursements et des coûts, 8 % seulement des remboursements et 17 % seulement du coût.

Toujours parmi ces salariés, deux tiers se déclarent satisfaits ou très satisfaits de ces changements. À l'inverse, un peu plus d'un sur cinq sont insatisfaits ou très insatisfaits. Enfin, un peu plus d'un salarié sur

1. Établissement étant entendu comme l'unité de base de l'entreprise (voir fiche 25 et glossaire).

2. Ces établissements représentent 54 % des établissements dans lesquels on trouve 58 % des salariés.

dix est satisfait de l'évolution du coût mais insatisfait de celui des remboursements ou l'inverse.

Un niveau de satisfaction plus élevé parmi les salariés auparavant couverts par un contrat individuel

La part de salariés se déclarant satisfaits des changements induits par la généralisation est plus élevée parmi ceux qui sont passés d'une couverture individuelle à une couverture collective que parmi ceux déjà couverts par la couverture collective de leur entreprise. Concernant le niveau de remboursement, les premiers sont ainsi 77 % à être satisfaits, contre 66 % pour les seconds (*graphique 1*).

Le plus faible niveau de garanties des contrats individuels par rapport aux contrats collectifs peut expliquer ces différences (voir fiche 11) et indiquer que les entreprises nouvellement couvertes ont instauré des niveaux de garantie en moyenne plus élevés que ceux des contrats individuels. La différence de satisfaction entre les deux groupes se retrouve sur l'évolution du coût de la complémentaire santé : 62 % de salariés sont satisfaits parmi ceux couverts par la complémentaire santé de leur entreprise avant la loi, contre 79 % pour ceux qui étaient couverts par un contrat individuel. La prise en charge par l'employeur, à hauteur de 50 % minimum de la dépense totale, peut expliquer la

Encadré 1 Les dispenses d'adhésion

Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les entreprises ont l'obligation de proposer une complémentaire santé à leurs salariés, ceux-ci ayant, de leur côté, l'obligation d'y souscrire.

Néanmoins, le salarié peut refuser une complémentaire santé obligatoire s'il répond à l'un des cas de dispenses prévu par la loi (article 911-2 du Code de la sécurité sociale). Ces dispenses concernent :

- > les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). La dispense s'applique jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS ;
- > les personnes déjà couvertes par une autre complémentaire santé, et plus précisément :
 - une autre complémentaire santé d'entreprise, si le salarié a plusieurs employeurs ;
 - une complémentaire santé d'entreprise d'un membre de sa famille (conjoint, parent, etc.) par lequel il est couvert de façon obligatoire¹ ;
 - un contrat d'assurances de groupe dit Madelin, destiné aux travailleurs indépendants, d'un membre de la famille ;
 - une complémentaire santé d'un membre de la famille (conjoint, parents), agent de l'État ou des collectivités territoriales ;
 - une couverture individuelle, et ce jusqu'à échéance de ce contrat².
- > les personnes dépendant du régime d'Alsace-Moselle ou de celui des industries électriques et gazières ;
- > les personnes en CDD de moins de trois mois, en contrat de mission ou en apprentissage ;
- > les personnes à temps très partiel (jusqu'à 15 heures par semaine) pour lesquelles le coût de la complémentaire santé dépasserait 10 % du montant de leur rémunération ;
- > les personnes salariées de l'entreprise au moment de la mise en place de la complémentaire santé à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, en l'absence d'accord de branche ou d'entreprise.

Par ailleurs, les salariés en CDD ou en contrat de mission de moins de 3 mois ayant fait valoir une dispense peuvent bénéficier d'une aide de la part de leur employeur appelée versement santé, leur permettant de financer en partie leur complémentaire santé.

1. La couverture du conjoint ou des enfants peut être facultative, obligatoire ou inexistante, selon les contrats collectifs.

2. Au moment de l'enquête, courant 2017, la plupart des contrats mis en place en lien avec la loi le sont depuis plus d'un an. De ce fait, peu de personnes peuvent encore faire valoir ce motif de dispense.

plus grande satisfaction des salariés qui, couverts auparavant en individuel, avaient à leur charge la totalité du coût de leur complémentaire.

14 % des salariés font valoir une dispense d'adhésion

En 2017, 14 % des salariés du privé ont fait valoir une dispense (voir fiche 14), parmi les 17 % qui déclarent ne pas être couverts *via* la complémentaire santé de leur entreprise³ (encadré 2).

Les salariés ayant fait valoir une dispense d'adhésion (encadré 1) évoquent deux principaux

motifs : être couvert par la complémentaire santé d'un membre de la famille (50 %), qui est, pour plus de la moitié d'entre eux, une couverture collective ; travailler dans l'entreprise au moment où la complémentaire santé a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur⁴ (31 %) [tableau 1]. Par ailleurs, une minorité de salariés (2 %) déclarent être couverts par une complémentaire santé d'une autre entreprise où ils occupent également un emploi.

Le taux de dispense est particulièrement élevé parmi les salariés précaires (voir fiche 14). En effet,

Encadré 2 Les différents champs de l'enquête

Le volet « salariés » de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), menée par la DREES et l'Irdes, a eu lieu entre mai et juillet 2017 (conduisant à 7 533 réponses exploitables). Les salariés enquêtés sont ceux présents dans un établissement du secteur privé le 31 décembre 2015 (base de tirage). Les personnes travaillant dans un établissement où elles sont l'unique salarié ne sont pas interrogées.

Les analyses portent sur différents champs de salariés selon les questions de l'enquête mobilisées.

Le premier champ

Le comportement des salariés vis-à-vis de la souscription de la complémentaire santé (refus de la complémentaire ou dispenses d'adhésion) est analysé pour les individus toujours salariés du secteur privé au moment de l'enquête, ce qui représente environ 85 % de l'ensemble des salariés répondants.

Ces restrictions conduisent à exclure les individus salariés d'une entreprise du secteur privé au 31 décembre 2015 mais qui ne sont plus salariés du privé au moment de la mise en conformité de l'entreprise avec la loi ou au moment de l'enquête. Les salariés les plus instables sur le marché de l'emploi peuvent donc être sous-représentés.

Le deuxième champ

Les salariés qui se sont prononcés sur un éventuel changement du coût ou des remboursements sont ceux qui travaillaient dans un établissement ayant déclaré avoir mis en place ou modifié un contrat de complémentaire santé pour se mettre en conformité avec la loi et qui étaient présents dans l'établissement au moment de ce changement.

La satisfaction est mesurée pour ceux qui ont connu un changement, c'est-à-dire ceux déjà couverts par une assurance complémentaire avant la généralisation et bénéficiaires du contrat de leur entreprise après la généralisation. Ces salariés représentent 24 % des individus interrogés dans l'enquête.

Les personnes de ce champ peuvent au moment de l'enquête ne plus être salariées du privé.

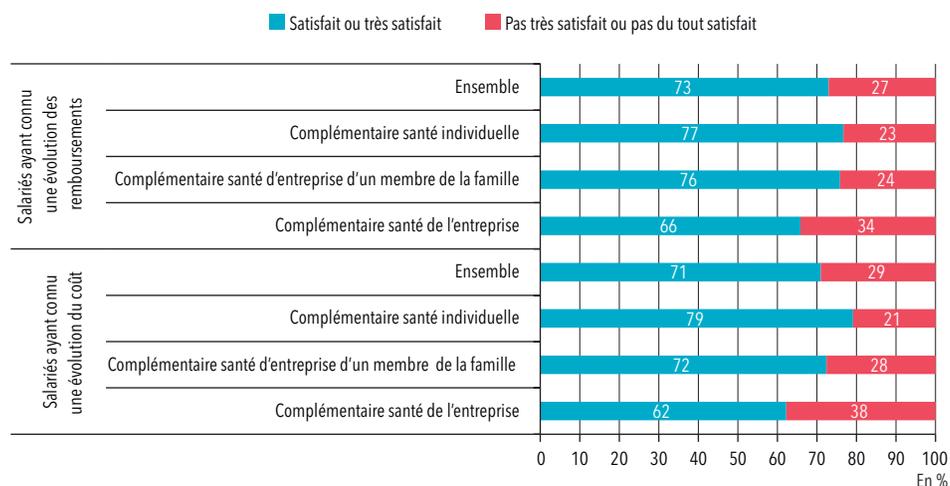
Le troisième champ

La question sur la portabilité des contrats est posée aux personnes qui ont quitté l'entreprise dans laquelle elles travaillaient au 31 décembre 2015, qui bénéficiaient d'une complémentaire santé par le biais de cette entreprise et qui ont connu une période de chômage après leur départ.

3. Les autres 3 % correspondent aux cas où l'entreprise ne propose pas de complémentaire santé, ou d'autres cas plus marginaux tels que « démarches en cours ».

4. La complémentaire santé peut avoir été mise en place à la suite d'un accord de branche, d'une convention collective, d'un accord au sein de l'établissement ou de l'entreprise à laquelle celui-ci est rattaché ou par une décision unilatérale de l'entreprise. Dans ce dernier cas, les salariés peuvent faire valoir une dispense d'adhésion.

Graphique 1 Opinion des salariés sur l'évolution du coût et des remboursements de leur complémentaire santé, selon leur couverture antérieure



Lecture > 66 % des salariés couverts auparavant par la complémentaire santé de leur entreprise, et pour lesquels les remboursements ont été modifiés à la suite de la mise en conformité de l'entreprise avec la loi, ont été satisfaits de cette évolution.

Champ > Salariés au 31 décembre 2015 dans une entreprise du secteur privé, présents dans l'entreprise au moment de la mise en place d'une complémentaire santé ou de la modification d'une complémentaire existante en lien avec la généralisation, et qui estiment respectivement que les remboursements ou le coût de la complémentaire santé ont été modifiés. Hors salariés dispensés d'adhésion au moment de la mise en conformité, hors salariés sans complémentaire santé auparavant.

Source > DREES, Irdes, enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, volet salariés.

Tableau 1 Motifs des dispenses d'adhésion

	En %
	Répartition
Travaillait déjà dans l'entreprise au moment où la complémentaire a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur	31
Bénéficie de la complémentaire santé d'un membre de la famille	50
Dont couvert à titre obligatoire par la couverture santé d'entreprise d'un membre de la famille	26
Dont bénéficie de la couverture santé d'un membre de la famille qui est fonctionnaire ou indépendant	8
Dont bénéficie de la couverture santé du conjoint sans précision sur le type de couverture	16
Est en CDD, contrat de mission, apprenti	6
Travaille à temps partiel	5
Bénéficie de la CMU-C	3
Bénéficie de l'ACS	3
Couvert par la CSE d'un autre emploi	2
Autres raisons	7

Note > Le total est supérieur à 100 car plusieurs réponses sont possibles.

Lecture > 26 % des salariés du privé ayant fait valoir une dispense d'adhésion sont couverts à titre obligatoire par la couverture santé d'entreprise d'un membre de leur famille.

Champ > Salariés d'une entreprise privée proposant une complémentaire santé en 2017 et qui ne l'ont pas souscrite, déjà salariés du secteur privé au 31 décembre 2015, soit 963 observations.

Source > DREES, Irdes, enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, volet salariés.

quatre salariés sur dix en contrat à durée déterminée de moins de 12 mois en ont demandé une, comme la loi le leur permet.

Plus d'un salarié sur deux au chômage fait valoir son droit à portabilité

Un des enjeux de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise est l'accès à une couverture collective pour l'ensemble des salariés et, plus particulièrement, l'extension des accords aux salariés les plus précaires. Pour répondre à cet objectif, la loi a étendu la portabilité des contrats de complémentaire santé en cas de chômage. Celle-ci permet aux salariés ainsi qu'à leurs ayants droit de continuer à bénéficier de la complémentaire santé collective d'entreprise à titre gratuit, pendant une période d'un an maximum après la fin du contrat de travail (encadré 3).

L'enquête PSCE permet d'identifier les personnes qui ont connu une période de chômage après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Parmi ceux qui bénéficiaient au moment de leur départ d'une complémentaire santé d'entreprise (champ 3), plus de la moitié déclarent l'avoir conservée à ce moment-là (56 %) [encadré 2, troisième champ]. Ils ont été informés de cette possibilité pour la grande majorité d'entre eux par l'entreprise (80 % des cas), et parfois par l'organisme de complémentaire santé (13 %) ou en se renseignant par leurs propres moyens (8 % des cas)⁵. Parmi ceux qui n'en ont pas bénéficié : trois sur dix ne savaient pas que cela était possible ; quatre sur dix y ont renoncé car ils étaient couverts par ailleurs ; deux sur dix ont choisi de ne pas avoir de complémentaire santé et enfin un sur dix ne remplissait pas les conditions pour en bénéficier. ■

Encadré 3 La portabilité des contrats

Les salariés, quel que soit leur contrat de travail, qui bénéficiaient d'une complémentaire santé d'entreprise avant de se retrouver au chômage, peuvent bénéficier de la portabilité de leurs garanties de complémentaire santé collective, s'ils ont été couverts collectivement par l'employeur pour les garanties santé et s'ils bénéficient d'allocations d'assurance chômage. L'employeur informe l'assureur de la rupture du contrat de travail et précise le maintien des garanties dans le certificat de travail. Le salarié doit, quant à lui, adresser un justificatif de prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur.

Le dispositif de portabilité est gratuit pour les salariés qui en bénéficient.

Ce maintien des garanties aux anciens salariés de l'entreprise peut être financé :

- > soit par un système de « mutualisation », le coût est alors partagé entre les salariés présents dans l'entreprise et l'employeur. Il est directement pris en compte dans le montant des contributions versées au titre de chaque salarié de l'entreprise ;
- > soit par le seul employeur : il y a alors maintien de l'exclusion d'assiette pour les contributions que l'employeur continue de verser à ce titre, dans les mêmes conditions.
- > La portabilité débute dès la date de rupture du contrat de travail. Aucune suspension des garanties n'est appliquée. Elle ne peut dépasser 12 mois, contre 9 mois avant la généralisation, et elle varie selon la durée du contrat de travail.

Pour en savoir plus

- > Pierre, A., Jusot, F., Raynaud, D., Franc, C. (2018, juin). Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation *ex ante* des gains et des pertes de bien-être. Irdes, *Document de travail*, 75.

5. Plusieurs réponses sont possibles, d'où un total légèrement supérieur à 100 %.