

# ENQUÊTE SUR LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE D'ENTREPRISE



Vos réponses à ce questionnaire  
seront traitées de façon strictement anonyme  
Merci de votre participation



Vu l'avis favorable du conseil National de l'information statistique, cette enquête reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est obligatoire, en application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistique.

Visa n° 2017X010AU du Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique valable pour l'année 2017.

Au terme de l'article 6 de la loi, les renseignements transmis en réponse au présent questionnaire ne sauraient en aucun cas être utilisés à des fins de contrôles fiscal ou de répression économique.

En application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à la production de statistiques par la Drees et l'Irdes.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de TNS-SOFRES, 3 avenue Pierre Masse 75014 Paris.

# QUESTIONNAIRE

**1. A quelle date avez-vous été embauché(e) dans l'entreprise citée en première page du questionnaire ?**

*Si vous y avez travaillé en plusieurs épisodes, considérez la date de début de votre dernier contrat*

|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|  
Mois          Année

<sub>1</sub> Je n'ai jamais travaillé dans cette entreprise

→ *Dans ce cas, merci de nous retourner ce questionnaire vierge afin que nous vous comptabilisions parmi les répondants*

**2. Comment est votre état de santé en général ?**

<sub>1</sub> Très bon

<sub>2</sub> Bon

<sub>3</sub> Assez bon

<sub>4</sub> Mauvais

<sub>5</sub> Très mauvais

**3. Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?**

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

<sub>3</sub> Je ne sais pas

**4. Êtes-vous limité, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?**

<sub>1</sub> Oui, fortement limité

<sub>2</sub> Oui, limité, mais pas fortement

<sub>3</sub> Non, pas limité du tout

**5. Bénéficiez-vous d'une complémentaire santé, généralement appelée mutuelle ?**

*On entend par complémentaire santé tout contrat qui verse pour les soins médicaux des remboursements en complément de ceux de la Sécurité sociale, y compris la CMU-C.*

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

**6. Bénéficiez-vous d'une complémentaire santé par l'intermédiaire de l'entreprise dans laquelle vous travaillez actuellement**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non → **Passez à la Q9**
- <sub>3</sub> Je ne sais pas

**7. Pour chacun des soins suivants, quel est votre niveau de satisfaction à l'égard des remboursements de votre complémentaire santé d'entreprise ?**

*Cochez une case par colonne*

	Consultation chez le spécialiste	Prise en charge à l'hôpital	Prothèse dentaire	Lunettes
Très satisfait	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Satisfait	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Pas très satisfait	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Pas du tout satisfait	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**8. Si vous aviez eu le choix, auriez-vous refusé la complémentaire santé de votre entreprise ?**

- <sub>1</sub> Oui
  - <sub>2</sub> Non
- **Passez à la Q10**

**9. Pour quelle raison n'avez-vous pas de complémentaire santé d'entreprise ?**

- <sub>1</sub> Mon entreprise ne me propose pas de complémentaire santé
- <sub>2</sub> Je suis dispensé(e) d'adhésion à la complémentaire santé de mon entreprise
- <sub>3</sub> Autre, précisez : .....
- <sub>4</sub> Je ne sais pas

**10. Etes-vous toujours salarié(e) de l'entreprise citée en première page du questionnaire ?**

- <sub>1</sub> Oui → **Passez à la Q14**
- <sub>2</sub> Non → **Passez à la Q11**
- <sub>3</sub> Je ne sais pas

**11. À quelle date avez-vous quitté l'entreprise citée en première page du questionnaire ?**

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
Jour Mois Année

**12. Lorsque vous étiez salarié(e) de l'entreprise citée en première page du questionnaire, bénéficiez-vous d'une complémentaire santé par l'intermédiaire de cette entreprise ?**

- <sub>1</sub> Oui → **Passez à la Q14**
- <sub>2</sub> Non → **Passez à la Q13**

### 13. Pourquoi n'en bénéficiez-vous pas ?

- <sub>1</sub> Mon entreprise ne me proposait pas de complémentaire santé
- <sub>2</sub> J'étais dispensé(e) d'adhésion à la complémentaire santé de mon entreprise
- <sub>3</sub> Autre, précisez : .....
- <sub>4</sub> Je ne sais pas

### 14. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, tout employeur est dans l'obligation légale de mettre une complémentaire santé à disposition de ses salariés. En avez-vous entendu parler ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

### 15. L'entreprise citée en première page a-t-elle mis en place une complémentaire santé ou modifiée une complémentaire santé existante pour se conformer à cette obligation ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

#### 15.1. Quand cette mise en conformité a-t-elle eu lieu ?

- <sub>1</sub> Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016
- <sub>2</sub> Au 1<sup>er</sup> janvier 2016
- <sub>3</sub> Après le 1<sup>er</sup> janvier 2016
- <sub>4</sub> Je ne sais pas

### 16. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, pour des raisons financières à...

	Oui	Non
... des soins dentaires ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
... des lunettes, verres, montures, lentilles ?	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
... une consultation de médecin ?	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Généralistes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Spécialistes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Autres, précisez : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
... d'autres soins ou à des examens	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Précisez : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>