



Des nouveaux contrats santé rarement aux petits soins

Éric Leroux, Frédéric Cazenave, « Le Monde Argent », Le Monde, le 04.04.2016

Quatre mois après l'entrée en vigueur de la mesure généralisant la mutuelle dans les sociétés, le bilan est en demi-teinte. Les chefs d'entreprise, qui l'ont vécu comme une contrainte, s'y sont pris au dernier moment, entraînant un embouteillage chez les assureurs.

Beaucoup d'ailleurs continuent à l'heure actuelle de s'équiper, en particulier les plus petites structures, souvent mal informées.

Pour mémoire, depuis le 1^{er} janvier 2016 et la mise en œuvre de l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la compétitivité et la sécurisation de l'emploi du 11 janvier 2013, les employeurs doivent proposer à leurs salariés une couverture santé et prendre en charge la moitié de la cotisation.

Une bonne nouvelle, donc, pour les plus de 4 millions de personnes concernées, principalement dans les toutes petites entreprises (TPE) et dans certaines branches professionnelles qui n'imposaient pas cet avantage social.

A ce détail près que les garanties minimales de cette mutuelle sont très limitées, d'où la crainte pour les salariés de se retrouver finalement avec une couverture au rabais. Le pire n'est jamais sûr.

Les PME ne se sont pas toutes contentées de souscrire au contrat de base. Selon les assureurs, que nous avons interrogés, la moitié des entreprises ont souscrit à des offres plus protectrices pour leurs employés.

Nombreux accords de branche

Comment expliquer une telle « générosité » ? En raison des nombreux accords de branche signés au cours des derniers mois de 2015, les partenaires sociaux ayant négocié des garanties plus élevées et surtout adapté les contrats aux corps de métiers qu'ils représentent.

En fait, « les TPE ont souscrit majoritairement le socle de base, afin que cela ne pèse pas trop sur leurs marges, mais dès qu'il y a une représentation sociale, les niveaux de garantie sont plus élevés », résume Frédéric Rousseau, directeur au groupe Humanis.

« La profession ne s'attendait pas à ce qu'il y ait autant d'accords de branche. Les contrats négociés dans ce cadre sont intéressants en termes de garanties pour les entreprises et leurs salariés, tout en limitant leur coût. Ils assurent une meilleure mutualisation et favorisent l'accès à des services complémentaires, notamment en termes de prévention, explique Christophe Scherrer, directeur général adjoint de Malakoff Médéric. Sur l'ensemble de nos entreprises clientes, moins de 20 % ont choisi le panier de soin minimal. »

Un constat partagé par les autres acteurs du secteur. « C'est une vraie surprise, cela prouve non seulement que le dialogue social fonctionne, mais également que les salariés vont bénéficier de couvertures supérieures au socle de base », abonde Pierre Guillocheau, directeur des assurances collectives au Crédit agricole Assurances.

A l'arrivée, le produit sélectionné est bien plus cher que le contrat minimal imposé par la loi, d'autant que des compagnies ont fait un véritable dumping en cassant les prix. Certains contrats de base sont facturés à moins de 15 euros par mois, lorsque le point d'équilibre est plutôt autour de 24 euros. Mais finalement les employeurs s'y retrouveraient.

Pourquoi ? « En moyenne, nos contrats améliorés sont facturés entre 35 et 40 euros. A ce niveau, nous avons calculé que le salarié économise 20 euros par mois par rapport à sa mutuelle précédente. Soit 240 euros sur l'année. Le chef d'entreprise permet donc de redistribuer un peu de pouvoir d'achat à ses salariés sans avoir à les augmenter, ce qui lui coûterait bien plus cher en intégrant les charges sociales », explique Philippe Dabat, directeur général délégué chez AG2R La Mondiale.

Gare aux dépassements d'honoraires

Tous les employeurs n'ont toutefois pas fait ce calcul. Que doivent alors faire les salariés dont l'entreprise s'est contentée du contrat minimal ?

Déjà analyser l'étendue de cette couverture, qui offre malgré tout une protection non négligeable puisqu'elle couvre les risques les plus lourds. Le ticket modérateur (différence entre le tarif de convention de la Sécurité sociale et son remboursement effectif) est ainsi systématiquement pris en charge chez les médecins, spécialistes et laboratoires ou centres d'examens. Le risque d'hospitalisation – le plus important financièrement de tous les risques de santé – est lui aussi couvert avec cette garantie de base, puisqu'elle prend au minimum à sa charge le ticket modérateur et le forfait hospitalier.

En revanche, en matière d'optique ou de prothèses dentaires, la formule est chiche : la majeure partie des dépenses reste à la charge du salarié. Pour une couronne dentaire à 600 euros, le salarié risque donc d'avoir à déboursier plus de 400 euros de sa poche.

Idem en cas de consultation d'un professionnel pratiquant des dépassements d'honoraires, ces derniers n'étant pas pris en compte par le contrat de base. Enfin, ce contrat couvre uniquement le salarié : ni les enfants ni le conjoint ne peuvent y prétendre.

Bien conscients de ces faiblesses pour des dépenses parfois qualifiées de « confort », ou de « consommation » – même si les soins dentaires ont un impact sur la santé générale –, les assureurs proposent aux salariés des garanties supplémentaires, ou qui permettent de couvrir d'autres membres de la famille.

Les aides

Les personnes aux très faibles ressources (moins de 8 645 euros par an pour une personne seule, 12 967 euros pour deux personnes, etc.) peuvent bénéficier de la CMU complémentaire gratuite. Il s'agit d'une couverture correspondant à une mutuelle basique, qui prend principalement en charge le ticket modérateur et attribue des forfaits pour les soins mal remboursés, comme l'optique ou le dentaire.

Les personnes ayant des revenus supérieurs à ce niveau, mais inférieurs à 11 670 euros pour une personne (17 505 euros pour deux personnes, etc.) sont quant à elles éligibles à l'Aide à la complémentaire santé.

Il s'agit d'un montant forfaitaire versé chaque année pour financer la cotisation, à condition de choisir son contrat parmi une offre labellisée d'une dizaine de produits.

Le montant de l'aide s'élève à 100 euros pour un jeune de moins de 16 ans, 200 euros pour une personne de 16 à 49 ans, 350 euros pour quelqu'un âgé de 50 à 59 ans, et 550 euros à partir de 60 ans.

Mais ici, gare aux prix. Non seulement ces options sont payées en totalité par le salarié (contrairement au contrat de base qui est financé à moitié par l'employeur), mais certains assureurs ayant cassé le prix de la complémentaire souscrite par l'entreprise pour gagner des parts de marché risquent de se rattraper sur ces « sur complémentaires ».

« La moitié des entreprises ayant souscrit un contrat de base ont adhéré à ces compléments, explique Patricia Delaux, directrice des assurances collectives chez Axa Entreprises. Leurs coûts varient très fortement, en fonction de l'étendue de la garantie de base, de l'importance des compléments, mais aussi de l'âge moyen des salariés dans l'entreprise ou dans la branche. »

Difficile, donc, de connaître le prix moyen, mais pour Bruno Chrétien, président de l'Institut de la protection sociale, « *le coût pour le salarié d'un contrat de base et d'une sur complémentaire est inférieur à celui d'un contrat individuel, en raison du caractère collectif de la sur complémentaire* ». En revanche, lorsque celle-ci est individuelle, les garanties sont calculées en fonction de l'âge et la facture peut vite grimper.

Quoi qu'il en soit, rien n'oblige les salariés à souscrire ces compléments. Il convient donc de s'interroger sur l'opportunité de ces formules, en fonction de leur coût et des remboursements que vous pouvez en espérer sur une longue période. Or le calcul n'est pas toujours favorable à ces « mutuelles enrichies » lorsqu'il est effectué sur plusieurs années...

Mini-révolution en marche

Par ailleurs, « *des petites entreprises ou des indépendants ont souscrit des contrats qui ne répondent pas aux nouvelles obligations imposées par les branches professionnelles, car les accords sont intervenus tardivement* », explique M. Rousseau.

De ce fait, nombre de sociétés risquent de devoir remettre le métier sur l'ouvrage et revoir les contrats souscrits, afin de se conformer à leurs accords de branche. Une obligation pour que l'entreprise puisse déduire les cotisations versées de son résultat imposable et de l'assiette des charges sociales.

Et ce n'est pas tout, les entreprises ayant fait confiance à des mutuelles à prix cassés risquent de déchanter. « *Il y aura un second tour de l'ANI. Les compagnies qui ont bradé leurs contrats et qui les vendent à perte ne pourront pas maintenir ces prix. Il faut s'attendre à une forte indexation des tarifs du contrat socle dès l'an prochain* », prévient Philippe Dabat.

La mini-révolution autour de la santé dans l'entreprise n'est donc pas terminée, puisque les garanties et les tarifs pourraient encore sensiblement évoluer. Quant aux salariés les mieux lotis, qui disposent de complémentaires d'entreprise très étoffées, c'est une autre réforme qui se met en place.

A partir du 1^{er} janvier 2017, toutes les sociétés devront proposer des mutuelles répondant à la nouvelle norme dite des « contrats responsables ». Or celle-ci est moins généreuse que la plupart des contrats en place dans les grandes entreprises, l'objectif étant justement de limiter les dépenses de santé.

« *Nos centres d'appels sont particulièrement sollicités depuis le début de l'année par des salariés ne comprenant pas que leur couverture ait changé et rembourse moins que par le passé sur certains postes* », remarque M. Guillocheau. Un sujet sur lequel gouvernement, ressources humaines et partenaires sociaux se gardent bien de communiquer.

Complémentaires santé : les grands écarts

Éric Leroux, Frédéric Cazenave, « Le Monde Argent », Le Monde, le 04.04.2016

Ce que couvre la mutuelle de base de votre entreprise...

Depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises doivent proposer à leurs salariés au minimum une mutuelle de base, dit contrat socle. Sa couverture est limitée, puisqu'il rembourse le ticket modérateur, c'est-à-dire le pourcentage non remboursé par la Sécurité sociale sur les consultations, actes de biologie ou radiologie, médicaments, auxiliaires médicaux... mais pas les dépassements d'honoraires.

Les soins dentaires sont remboursés à hauteur de 125 % du tarif de convention (c'est-à-dire le montant sur lequel la Sécurité sociale base ses remboursements, il est de 107,50 euros pour une couronne) ; les lunettes et l'optique, à hauteur de 100 euros pour des verres simples et 200 euros pour des verres complexes – monture comprise - une fois tous les deux ans. En hospitalisation, le forfait journalier (repas, frais d'hébergement...) est pris en charge.

... et les contrats responsables

A partir du 1^{er} janvier 2018, les entreprises devront adapter – et raboter – leur mutuelle pour les conformer aux règles du contrat dit responsable. Celles-ci, définies par le législateur, imposent des plafonds de remboursement.

Ce « maximum » est de 51,75 euros (remboursement Sécurité sociale compris) pour les consultations généraliste ou spécialiste, en dehors du parcours de soins.

Pour les lunettes et l'optique : 100 euros pour la monture, 470 euros pour des verres simples, jusqu'à 800 euros pour les verres les plus onéreux. Il n'existe pas de plafonds pour les soins dentaires, les médecines douces ou la prise en charge d'une chambre particulière à l'hôpital.

Qui peut refuser la mutuelle de son entreprise ?

Certains salariés peuvent refuser la mutuelle de l'entreprise, mais beaucoup l'ignorent, car le décret fixant les cas de dispense a été publié le 30 décembre 2015, alors que l'ANI s'imposait au... 1^{er} janvier 2016.

Il s'agit des salariés relevant de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide pour une complémentaire santé (ACS), tant qu'ils touchent ces aides, de ceux bénéficiant d'un contrat d'entreprise grâce à leur conjoint, ou encore des salariés déjà présents dans la société si la mutuelle est mise en place de manière unilatérale par l'employeur et si cela entraîne une baisse de leur rémunération.

Par ailleurs, les salariés qui ont souscrit un contrat individuel peuvent le conserver jusqu'à son échéance (elle est généralement annuelle) et refuser celui de l'entreprise pendant cette durée.

Les chefs d'entreprise, eux, doivent gérer ces cas de dispense avec la plus grande attention, car toute faille dans le processus (par exemple, l'oubli d'un justificatif de couverture individuelle dans la lettre de refus du salarié) peut entraîner une remise en cause fiscale et sociale de tout le régime. □

COMPARATIF ENTRE LE CONTRAT ANI ET LE CONTRAT RESPONSABLE

TYPE DE DÉPENSE	COÛT ⁽¹⁾	RESTE À CHARGE ⁽²⁾	
		CONTRAT DE BASE ANI	CONTRAT RESPONSABLE ⁽³⁾
Consultation chez un généraliste	23 €	1 €	1 €
Consultation chez un spécialiste avec dépassement d'honoraires	55 €	23 €	3,25 €
Prothèse dentaire + soins	600 €	466 €	0 € ⁽⁴⁾
Lunettes : correction importante + monture	500 €	300 €	0 €
Pharmacie : médicaments remboursés à 65 % (une boîte)	25 €	0,50 €	0,50 €
Médecine douce : trois consultations	210 €	210 €	0 € ⁽⁴⁾
Hospitalisation : forfait journalier + chambre particulière	18 € / jour + 60 € / jour	0 € / jour + 60 € / jour	0 € / jour + 0 € / jour ⁽⁴⁾

(1) Exemples indicatifs de tarifs (2) Après remboursement de la Sécurité sociale
(3) Au plafond (4) Non limité

SOURCE : « LE MONDE ARGENT&PLACEMENTS »