

Et si je me passais de mutuelle?

Le Particulier

Par **Eric Leroux** (<http://plus.lefigaro.fr/page/eric-leroux-8-0>)

Publié le 19/12/2017 à 13:47



Le prix des complémentaires santé ne cesse de s'envoler et elles deviennent le premier poste du budget assurance des ménages. Malgré une croyance tenace, elles ne sont pas toujours rentables. Si vous avez le choix, faites vos calculs avant d'en souscrire une.

Saviez-vous que le montant des prestations de soins remboursées aux adhérents de mutuelles ne représente que 80 % des cotisations qu'ils versent? * Ce chiffre monte à 88 % pour les institutions de prévoyance, mais il chute à 73 % pour les sociétés d'assurances! Autrement dit, souscrire une complémentaire santé est rarement rentable, puisque le montant des remboursements de soins que vous recevez est inférieur à celui des cotisations que vous versez.

Certes, si vous êtes un salarié du privé, la question ne se pose pas en ces termes: en contrepartie de sa souscription obligatoire, votre employeur, quelle que soit la taille de l'entreprise, finance une partie des cotisations ou en subventionne l'acquisition.

En revanche, si vous êtes travailleur non salarié, fonctionnaire, sans activité ou retraité, la question est d'importance, puisque l'adhésion à une mutuelle va peser lourdement sur votre budget. En effet, les tarifs des complémentaires santé n'ont cessé de s'envoler ces dernières années - ils ont pris entre 2 et 4 % en 2017, malgré une inflation proche de zéro - et ils atteignent désormais des niveaux élevés. Selon le comparateur meilleureassurance.com, un jeune de 25 ans avec une couverture simple doit payer, en moyenne, 318 € de cotisations annuelles, un couple avec un enfant fait face à une note de près de 1 100 €, et un couple de jeunes retraités avec des garanties «renforcées» se voit facturer 2 625 €

par an. De nouveau, cette année, les tarifs devraient afficher une hausse de 2 à 4 %, selon le cabinet bonne-assurance.com.

Dans ces conditions, faut-il choisir de se passer de mutuelle? Pour les personnes ayant des revenus moyens ou importants, et qui ne bénéficient donc pas des aides publiques comme la CMU-C ou l'Aide pour une complémentaire santé (ACS), l'hypothèse mérite d'être étudiée, puisque notre système de santé fait supporter l'essentiel des dépenses à la Sécurité sociale. Elle rembourse en effet 91,2 % des soins hospitaliers - les plus coûteux potentiellement - et 64 % des soins ambulatoires (consultations médicales, soins dentaires, médicaments...), selon les chiffres 2016 de l'Assurance maladie.

La sécu rembourse bien les soins chers

Choisir de se passer d'une complémentaire santé ne se fait pas sur un coup de tête: il est important de mesurer les risques financiers encourus. Même si ces derniers ne sont pas forcément là où on les attend. Vous serez toujours pris en charge par la Sécurité sociale en cas de maladie grave, car les affections importantes - tout comme les médicaments chers - sont intégralement remboursées par la Sécurité sociale. Un cancer, une maladie cardiaque, une sclérose en plaques ou certains diabètes, par exemple, ouvrent droit à une prise en charge totale dans le cadre des ALD (affections de longue durée). Il reste, toutefois, certaines situations qui peuvent être financièrement lourdes à assumer.

Vous êtes hospitalisé pour une pathologie bénigne

Si vous êtes hospitalisé pendant plusieurs jours, sans pour autant être atteint d'une maladie grave et sans qu'un acte chirurgical modéré (dont le prix est inférieur à 120 € ou le coefficient inférieur à 60) ne soit entrepris, vous devrez supporter 20 % de ticket modérateur, calculé sur un tarif élevé, d'environ 1 500 € par jour en médecine, soit 300 € de reste à charge par jour. C'est un risque financier conséquent, mais la probabilité qu'il se réalise est relativement faible.

À l'hôpital, vous devrez également supporter le coût du forfait hospitalier, désormais à 20 € par jour, qui correspond aux frais de repas et d'hébergement, habituellement remboursé par les complémentaires. La durée moyenne d'un séjour hospitalier est de 5,1 jours en médecine, chirurgie et obstétrique ; votre reste à charge peut donc dépasser 1 500 €. C'est encore acceptable. Le temps d'hospitalisation étant plus important en psychiatrie (28 jours) et en réadaptation (33 jours), le coût devient en revanche très lourd (entre 9 000 et 10 500 €).

Vous êtes d'une santé fragile

Si vous subissez une succession de petits pépins de santé, vous conduisant à fréquenter souvent le médecin, à réaliser des radios et des analyses à répétition et à acheter régulièrement des médicaments, votre reste à charge peut être significatif. Sur tous ces postes, les remboursements de la Sécurité sociale ne représentent qu'une partie de la dépense réelle: 70 % pour une consultation chez le médecin ou le spécialiste, 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important (30 % pour ceux dont le service rendu est modéré, 15 % si le service médical est faible).

Sans mutuelle, vous devrez donc assurer vous-même le paiement du ticket modérateur (la part non remboursée par la Sécurité sociale par rapport au tarif de convention), soit 30 % de la consultation chez le généraliste, par exemple. Pour une consultation simple à 25 €, vous devrez ainsi assumer vous-même un reste à charge de 7,50 €. Pour 10 € de médicaments, 3,50 € sortiront de votre poche, plus le forfait de 50 centimes par boîte que ne rembourse pas la Sécurité sociale, soit un total de 4 €.

Si le ticket modérateur est raisonnable pour la consultation d'un médecin généraliste, il est toutefois plus élevé pour les nouvelles consultations complexes et très complexes facturées désormais entre 46 et 76,40 €, mais celles-ci sont, par nature, exceptionnelles (comme une première consultation pour une maladie grave ou invalidante, par exemple).

Les consultations de médecins spécialistes, un peu plus chères (à partir de 30 €) augmentent le reste à charge (de 10 € par visite) mais, là encore, elles restent, en principe, exceptionnelles.

Les mutuelles ne prennent pas tout en charge

Cotiser à une mutuelle ne signifie pas, pour autant, bénéficier d'une prise en charge intégrale de vos dépenses de santé. Depuis l'introduction des contrats dits «responsables», certains remboursements sont plafonnés. Tel est le cas des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins non conventionnés, ou relevant du secteur 2 et n'ayant pas adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Pour eux, le remboursement est plafonné à 200 % du tarif de base de la Sécurité sociale. Soit 50 € pour un généraliste ou un spécialiste.

Si, par exemple, la consultation d'un ophtalmologiste est facturée 100 €, même la meilleure des complémentaires laissera à votre charge au moins 50 €. De même, vous devrez régler les franchises (de 1 € chez le médecin, de 0,50 € par boîte de médicaments, etc.). Pour les prothèses dentaires, également, l'intervention des mutuelles est limitée, compte tenu de tarifs de conventions très bas. Par exemple, pour la Sécurité sociale, celui d'une prothèse dentaire s'élève à 107,50 € (contre 500 € ou plus dans la réalité), qu'elle rembourse à 70 %. La plupart des complémentaires de base se contentent d'indemniser 30 % de 107,50 €, soit 32,25 €. Vous aurez donc plus de 400 € à régler pour chaque prothèse.

Seule l'optique reste bien couverte par les complémentaires, même responsables: jusqu'à 470 € tous les 2 ans pour des verres simples, 800 € pour des verres complexes et 150 € pour la monture, pour les contrats les plus étendus.

Enfin, les personnes qui privilégient les médecines douces et alternatives en seront fréquemment de leur poche. La plupart des mutuelles ne remboursent pas ces soins. Certaines, dont les garanties sont plus étendues, accordent des forfaits annuels très limités.

Comment vivre sans mutuelle?

Se passer de mutuelle implique avant tout de mettre de côté l'argent que vous ne consacrerez pas aux cotisations de la complémentaire. Basez-vous sur le tarif moyen qui vous serait imposé pour une couverture intermédiaire, et placez cet argent sur un support financier disponible, comme un livret d'épargne. Ainsi, lorsque vous aurez des soins à financer, vous pourrez utiliser cette réserve. Et si elle atteint des montants importants au bout de quelques années, vous pourrez en affecter une partie dans un placement de plus long terme, mais toujours disponible, comme l'assurance vie.

Vous devrez ensuite privilégier les actes effectués par des professionnels conventionnés, et ne pas hésiter à négocier les tarifs - et faire jouer la concurrence - pour les soins mal remboursés, tels l'optique et le dentaire.

Rappelons que, si vous avez de faibles ressources, il existe des dispositifs comme la CMU-C ou l'Aide à la complémentaire santé, qui permettent de faire prendre en charge tout ou partie des cotisations. Les personnes qui y ont droit n'ont, bien sûr, aucune raison de se passer de mutuelle.

Enfin, ne pas avoir de complémentaire santé nécessite d'avoir un peu d'argent disponible pour faire face à une éventuelle mauvaise période où vous devez consulter plus que d'habitude, et surtout pour ne pas avoir à reporter des soins.

Les solutions intermédiaires

Si vous n'êtes pas prêt à assumer d'éventuelles dépenses d'hospitalisation, vous pouvez souscrire des garanties complémentaires qui n'interviennent que dans ce cas. Vous profiterez alors de la prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier (20 € par jour), et parfois même de la prise en charge des dépassements d'honoraires et des frais de chambre particulière. Ces contrats sont bien moins chers qu'une complémentaire classique: 300 € par an environ pour une personne de 65 ans avec prise en charge de chambre particulière et dépassements d'honoraires. Les soins de ville resteront à votre charge après intervention de la Sécurité sociale.

Autre piste: si vous payez aujourd'hui pour une garantie très étendue, vous pouvez songer à réduire le niveau de garantie au profit d'une formule basique, qui ne couvre que le ticket modérateur. Vous serez à l'abri des dépenses entraînées par des ennuis de santé répétitifs, et vous pourrez utiliser les économies réalisées pour payer les frais d'optique ou dentaires qui resteront à votre charge.

** Source: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de février 2016*

Comment avons-nous conçu nos simulations?

Il n'existe pas de statistiques sur la consommation moyenne de soins des assurés sociaux, en fonction de leur âge, notamment. Pour nos 2 simulations (ci-contre et p. 71), nous avons donc établi une liste de soins courants et moins courants selon des pratiques constatées par les divers organismes que nous avons contactés. Les tarifs retenus correspondent à ceux de la Sécurité sociale. Le prix des complémentaires et leurs remboursements sont issus du site AcommeAssure et correspondent aux contrats Mutuance 3 (famille) et Mutuance 5 (seniors) de la mutuelle UMC.

Pensez à votre garantie des accidents de la vie

Si vous n'avez pas de mutuelle, n'hésitez pas à activer votre garantie des accidents de la vie (GAV) ou votre individuelle accident en cas de pépin. Dans certains cas, elles remboursent les frais de santé restant à votre charge.

Compléments associés à l'article

Sur notre site [leparticulier.fr](http://leparticulier.lefigaro.fr) vous avez été 776 à répondre à la question "Seriez-vous prêt à vous passer de mutuelle?" (http://leparticulier.lefigaro.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/lp_1140_p67.pdf)

Simulation n°1: un couple de jeunes seniors peut économiser 1 400€ par an en se contentant de la sécu (http://leparticulier.lefigaro.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/lp_1140_p69.pdf)

Simulation n°2: plus de 1 000€ d'économie par an pour une famille de 4 personnes

http://leparticulier.lefigaro.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/lp_1140_p71.pdf

SIMULATION N°1

UN COUPLE DE JEUNES SENIORS PEUT ÉCONOMISER 1 400 € PAR AN EN SE CONTENTANT DE LA SÉCU

Pour les jeunes retraités qui ont été couverts par un contrat d'entreprise durant leur vie active, difficile de concevoir que l'on puisse se passer de mutuelle. Pourtant, cela peut être un bon calcul, même si l'on n'a pas une santé de fer (voir sur Internet nos autres simulations), car les contrats « adaptés » sont chers. Ici, une formule de moyenne gamme, qui rembourse 200 % du tarif de convention et comprend des petits forfaits pour les soins les plus coûteux. À la clé, une économie de 7 500 € en 5 ans !

CONSOMMATION DE SOINS SUR 5 ANS	DÉPENSES ENGAGÉES	RESTE À CHARGE	
		Sans complémentaire	Avec un contrat standard
20 consultations de généralistes de secteur 1	500 €	170 €	20 €
10 consultations de spécialistes de secteur 2 (ophtalmologues, ORL, etc.)	500 €	331 €	10 €
40 boîtes de médicaments remboursées à 65 %	800 €	300 €	20 €
20 actes de kinésithérapie	400 €	160 €	0 €
4 paires de lunettes à verres progressifs (monture : 120 € ; verres : 400 €)	2 080 €	1 876,80 €	376,80 €
4 couronnes dentaires + inlay	3 600 €	2 955,88 €	2 449,76 €
Soins dentaires courants (dont 400 € hors nomenclature)	1 200 €	640 €	0 €
Radiographies/analyses	600 €	240 €	0 €
10 jours d'hospitalisation (prise en charge à 100 %, sauf forfait hospitalier de 20 €)	200 €	200 €	0 €
1 paire d'appareils auditifs	3 000 €	2 760,35 €	2 200,92 €
Coût de la mutuelle sur 5 ans		0 €	12 120 €
TOTAL DÉPENSE		9 634,03 €	17 197,48 €

**ÉCONOMIE DE
7 563,45 €**

La complémen-
taire rembourse
200 % du tarif
de convention,
et des forfaits
de 200 € par
couronne
dentaire, 375€
pour une paire
de lunettes et
150 % du tarif
Sécu + 100 €
par prothèse
auditive.

SIMULATION N° 2

PLUS DE 1 000 € D'ÉCONOMIE PAR AN POUR UNE FAMILLE DE 4 PERSONNES

Un couple de professionnels libéraux, la quarantaine, avec deux enfants de 14 et 10 ans, disposent d'une complémentaire basique, avec quelques forfaits limités pour les dépenses mal remboursées. Malgré tout, elle leur coûte 1 800 € par an et ne permet pas de financer les soins les plus chers. En se passant de mutuelle, ils réalisent une économie de plus de 1 000 € par an. Même avec une santé plus fragile ou une plus forte consommation, ils sont gagnants (voir nos autres simulations sur leparticulier.fr).

CONSOMMATION DE SOINS SUR 5 ANS	DÉPENSES ENGAGÉES	RESTE À CHARGE	
		Sans complémentaire	Avec un contrat standard
40 consultations de généralistes secteur 1	1 000 €	340 €	40 €
12 consultations de spécialistes secteur 2 (ophtalmo, ORL, etc.)	600 €	397,20 €	207 €
20 boîtes de médicaments remboursées à 65 %	400 €	150 €	10 €
8 actes de kinésithérapie	160 €	64 €	0 €
4 paires de lunettes - enfants	800 €	749,70 €	0 €
4 couronnes dentaires + Inlay	3 600 €	2 955,88 €	2 449,76 €
Soins dentaires courants - dont 400 € hors nomenclature	1 000 €	440 €	260 €
1 soin d'orthodontie enfant	1 500 €	1 306,50 €	1 258,13 €
Radiographies/analyses	300 €	120 €	0 €
6 jours d'hospitalisation (prise en charge à 100 %, sauf forfait hospitalier de 20 €)	120 €	120 €	0 €
Coût de la mutuelle sur 5 ans		0 €	9 000 €
TOTAL DÉPENSÉ		6 643,28 €	13 224,89 €

ÉCONOMIE DE
6 581,61 €

La complémentaire rembourse 125 % du tarif de convention, et des forfaits de 100 € par couronne dentaire et 200 € pour une paire de lunettes.