



Assurance **Dispensez-vous de mutuelle**

Avis aux retraités, fonctionnaires, travailleurs indépendants, chômeurs : sans renoncer aux soins, vous réaliserez de belles économies en étant votre propre assureur. Voici pourquoi et comment vous y prendre.

Enquête : Frédéric Giquel

Les chiffres sont têtus. Sauf de manière ponctuelle, la complémentaire santé, dite mutuelle par abus de langage, est un mauvais plan financier : vous allez payer beaucoup plus en cotisations que vous ne recevrez de remboursements. Cet état de fait est le lot de tous ceux qui doivent financer à 100% cette assurance. Au premier chef les retraités, mais aussi les fonctionnaires, les chômeurs et les travailleurs indépendants, même si ces derniers peuvent déduire leurs écots du revenu imposable.

Un point sur les tarifs, d'abord. Selon la Drees (chiffres 2016), toutes couvertures confondues, un ménage d'actifs paie en moyenne 811 euros par an et un ménage retraité, 1334 euros. Méfions-nous des moyennes. Car pour une couverture « milieu de gamme », devis à l'appui, il en coûte plutôt 600 euros par an pour un célibataire de 30 ans et 2000 euros pour un couple de 45 ans avec deux enfants. D'après une étude du comparateur MeilleureAssurance, pour un contrat aux garanties renforcées, un couple de seniors (60 ans) y laissera 2525 euros par an. « Avec une pension

moyenne de l'ordre de 1380 euros brut par mois, les retraités peuvent s'asseoir sur deux mois de revenus pour s'assurer correctement », note Christophe Triquet, président du comparateur. On comprend mieux pourquoi, toujours selon la Drees, la complémentaire santé pèse 5,6% du revenu disponible des retraités, jusqu'à 10,8% pour les plus modestes. Problème : ces tarifs augmenteront encore dans les années à venir. En cause, notamment, la mise en place progressive du

Décodez un remboursement

Tout part d'un montant défini par l'Assurance maladie, dit base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou tarif de convention, sur lequel sera appliqué un taux de remboursement variant de 15 à 100%. Ainsi, une consultation chez un cardiologue (secteur 1, sans dépassement d'honoraire) sur avis de votre médecin traitant vous coûtera 51 euros, c'est la BRSS. Le taux de remboursement est de 70%, soit 35,70 euros. La Sécu y retrace une participation forfaitaire de 1 euro (sauf pour les mineurs, etc.), remboursant au final 34,70 euros. Le reste à charge de l'assuré est donc de 16,30 euros, soit le ticket modérateur (51 - 35,70) et la participation. La mutuelle couvre le premier, mais pas la seconde. Point clé : la BRSS sert de référent à la plupart des remboursements des mutuelles. Ici, avec une garantie à 125% du BRSS, le remboursement maximal serait de 28,05 euros (125% x 51 - 35,70), ce qui couvrirait un petit dépassement d'honoraires.

Chez les retraités, les remboursements des complémentaires tournent autour de 700 à 900 euros en moyenne par an. A mettre en balance avec les cotisations précitées.

Pourtant, rien n'y fait : 95% des Français détiennent une complémentaire santé. Un produit de masse, donc. Qui a fait ses comptes ? En réalité, avant toute considération

zéro reste à charge sur les lunettes, les prothèses de dents et auditives pour des paniers de soins d'entrée de gamme. Aux dires du comparateur Santiane, qui a travaillé sur un échantillon de 100 000 assurés, d'ici à 2021, « un couple de seniors verra le tarif de sa mutuelle augmenter de près de 200 euros par an ».

En face, êtes-vous bien remboursé ? En 2016, alors que les Français ont versé 40,7 milliards d'euros de cotisations (taxes incluses), ils ont perçu 28,6 milliards de remboursements. Autrement dit, sur 100 euros cotisés, 70 sont reversés aux assurés (source Drees, pour les contrats individuels). Un rapport peu flatteur qui s'explique par les taxes que les organismes (mutuelles, compagnies d'assurances, groupes de prévoyance) répercutent dans les tarifs⁽¹⁾, ainsi que par leurs frais de fonctionnement élevés (20% en moyenne). En creusant les statistiques, on constate qu'aucune strate de la population, des plus pauvres aux plus riches, des plus jeunes aux plus âgées, ne passe la barre des 1 000 euros remboursés par an par sa mutuelle !

financière, la mutuelle est une affaire de psychologie. « Même si elle est facultative, une complémentaire santé est aujourd'hui indispensable si on veut être mieux remboursé. » Dans ce message affiché sur son site, Groupama, comme tant d'autres assureurs utilise le mot clé : « indispensable ». Le discours est bien rôdé : chambres particulières à l'hôpital, dépassements d'honoraires, médecine douce, certains vaccins... Tout serait couvert. Sans parler de la prime à la naissance du petit dernier, du mois de cotisation offert la première année ou des remboursements majorés pour votre fidélité au contrat au bout de deux à trois ans. Difficile de résister au matraquage publicitaire. Vous voilà rassuré : « En cas de gros problèmes, quand on connaît le prix de certains médicaments, examens ou journées à l'hôpital, il est tellement important d'avoir une mutuelle. » Réponse éhntendue ici ou là, pourtant fautive.

Certaines dépenses prises en charge à 100% par la Sécu

La raison de ce comportement tient, d'abord, dans l'ignorance généralisée des Français sur le financement de la santé. Un peu de pédagogie s'imposerait sur le modus operandi des remboursements (voir encadré). Surtout, quelques chiffres valent d'être relayés. Savez-vous que la Sécurité sociale rembourse 77,8% du total des dépenses médicales (qui atteint 199 milliards en 2017) ? Une part en hausse, ce taux était de 76,2% en 2008. Sur l'hospitalisation et les transports sanitaires, la Sécu prend en charge plus de 90% des montants. Avec le régime des ALD (affection de longue durée), couvrant environ 400 pathologies issues d'une liste de 30 maladies, les consultations et les examens (sauf dépassements d'honoraires), les frais d'hôpital (sauf forfait journalier et dépenses de confort) et les médicaments sont intégralement remboursés. Au total, près de 11 millions de Français sont concernés ! Sur le reste, l'Assurance maladie fait moins bien, remboursant 73% des dépenses de médicaments, 65% des soins de ville et, il est vrai, seulement 45% des autres dépenses médicales, dont 4,4% des frais en optique.

Jetons un coup d'œil sur cette prise en charge familiale. Pour les montures, la couverture Sécu atteint au maximum

Sur les lunettes, les garanties ne sont intéressantes que si elles sont haut de gamme

1,70 euro pour les adultes (60% d'un tarif fixé à 2,84 euros) et pour les verres ayant la correction la plus importante, 14,72 euros par verre. A comparer au prix moyen d'une paire de lunettes, soit 434 euros selon l'Observatoire des

prix et de la prise en charge en optique médicale (chiffres 2016). C'est l'argument choc des assureurs : sans complémentaire, vous renoncerez à ces soins. Possible. Mais, pour être bien couvert, il faudra détenir un contrat de qualité. Or, 53% des personnes finançant en totalité leur complémentaire ont souscrit des contrats aux garanties faibles, et pour 43%, des



Couple de retraités avec une consommation médicale importante

Claude et Michèle ont respectivement 73 et 71 ans. Ils détiennent une complémentaire santé qui, pour des garanties de niveau moyen, leur coûte 180 euros par mois. Les visites chez le médecin, avec médicaments et examens, sont fréquentes. Sur deux ans, l'Assurance maladie a couvert 50% de leurs dépenses. Mais leur mutuelle ne comble pas toute la différence, laissant 660 euros à la charge du couple. Malgré résultat pour 4320 euros cotisés ! Sans mutuelle, le couple aurait eu 2508 euros à sa charge,

une dépense deux fois moindre qu'avec une couverture. L'écart se réduirait de manière limitée si le couple avait d'autres soins, même hospitaliers. En réalité, il est rare qu'autant de consultations chez le médecin se reproduisent sans une pathologie prise en charge à 100% par la Sécu. A contrario, l'écart se creuserait fortement si le couple optait pour une couverture plus étendue, dont le coût atteindrait autour de 240 euros par mois. Notre conseil : se passer de mutuelle. Ou opter pour une couverture minimale (de 100 à 120 euros par mois).

2 472 euros économisés sans mutuelle

Années 2017 et 2018	Avec mutuelle	Sans mutuelle
Dépenses engagées (1)	5 036 €	
Remboursements de l'Assurance maladie	2 528 €	2 528 €
Remboursements de la mutuelle	1 848 €	0 €
Cotisations à la mutuelle	4 320 €	0 €
Montant net à la charge des seniors	4 990 € (5 036 - 2 528 - 1 848 + 4 320)	2 508 € (5 036 - 2 528)

(1) Comprend 35 visites chez le généraliste (875 €) et 15 chez un spécialiste (882 €), des médicaments (1 550 €), des examens et analyses (646 €), des soins de kiné et dentaires (483 €), une paire de lunettes (600 €). A noter : avec le tiers payant, le couple n'a pas à déboursier certaines dépenses, mais elles sont bien à sa charge.

garanties moyennes (source Drees). Autre écueil : les forfaits de remboursement sont très encadrés par la loi pour les contrats dits « responsables » (96% du marché). Le prix de la monture est ainsi plafonné à 150 euros avec un remboursement tous les deux ans (sauf certificat médical étayé).

Mais alors, à quoi sert votre complémentaire ? « Pour ne plus être un payeur aveugle, il faut vraiment comprendre à quoi sert la Sécu et à quoi ne sert pas sa mutuelle, ironise un courtier, qui préfère conserver l'anonymat pour ne pas se mettre à dos la profession. Le prix des lunettes est une mascarade en France. Quand on vous offre une deuxième paire et parfois une troisième à un euro, cela veut dire qu'il y a une marge de 300% sur la première ! » Le ton est donné. Frédéric Bizard, économiste de la santé et auteur de *Complémentaires santé : le scandale !* (Dunod), renchérit : « En échange de remboursements du ticket modérateur sur les consultations médicales, les assureurs ont une formidable rente constituée des cotisations. Quel intérêt y a-t-il à s'assurer pour être remboursé du ticket modérateur quand vous allez chez le médecin ? Aucun, c'est un non-sens, d'autant que les personnes les plus démunies et celles en ALD sont exonérées de cette dépense. » Une manière de vous dire que votre complémentaire est tout sauf une assurance ! Votre contrat auto ou habitation vous couvre sur des gros risques financiers, tels un accident grave de voiture ou l'incendie de votre maison. Votre mutuelle, nullement. Elle servant à pré-financer vos dépenses de santé dans le temps, à les étaler.

Témoignage

« Ma famille a mis de côté 2740 euros en deux ans »

« En septembre 2016, j'ai dû résilier ma complémentaire, qui couvrait ma famille avec deux enfants mineurs. Les devis réalisés, de 180 à 220 euros par mois pour des garanties moyennes, nous ont convaincus de nous passer de mutuelle. Notre stratégie ? Chaque mois, nous avons épargné sur un livret la somme de 190 euros. Et, à chaque dépense de santé, nous y avons puisé le montant requis. Sur ces deux années, il y a eu un passage à l'hôpital pendant trois jours pour un enfant, un autre aux urgences, de l'orthodontie

pour notre collègienne, quatre visites chez un spécialiste, plusieurs chez le généraliste, des séances de kiné, une IRM, une échographie, des radios, des analyses sanguines, des médicaments, dont un traitement régulier, ou encore des séances d'ostéopathie. Bilan : nos dépenses, une fois les remboursements de la Sécu pris en compte, auront été de 1844 euros. Retranchés aux 4560 euros versés sur le livret, nous avons donc mis de côté 2740 euros, intérêts compris. Cette somme nous appartient et grossit. Nous sommes désormais notre propre assureur complémentaire. »

Obstacle supplémentaire, tout est fait pour vous embrouiller tant ce marché est illisible. Qui comprend réellement les garanties affichées dans les contrats ? Selon une enquête de l'UFC-Que Choisir en 2018, 48% des assurés disent même ne pas être en mesure de connaître à l'avance leurs remboursements pour des soins importants. On y joue aussi régulièrement la confusion entre les remboursements de l'Assurance maladie et ceux de la complémentaire avec des pourcentages flatteurs mais, in fine, modérés : par exemple, 200% du tarif Sécu pour une couronne. Dans les faits, si la couronne vous coûte 700 euros, la Sécu vous en rembourse 75,25 (70% du tarif de convention à 107,50 euros) et votre complémentaire ajoutera 215 euros (200% de 107,5). Resteront à votre charge 410 euros !

Changer d'assureur ou baisser vos garanties

N'est-il pas temps de sortir de cette souricière ? Donc, de vous poser sans tabou la question de la rentabilité de votre complémentaire santé. Pour ce faire, sortez votre calculatrice et faites vos comptes avec une colonne « cotisations » et une autre « remboursements » sur au moins deux années pour avoir une vue plus juste du rapport coût/remboursements. Pas évident, tant l'historique de vos relevés s'est évaporé dans les nouvelles technologies. Le plus souvent vous n'aurez accès qu'à trois ou six mois d'archives ! Pour nos trois profils étudiés, les résultats sont sans appel

(voir simulations). La probabilité que votre mutuelle ne soit pas rentable sur la durée est une quasi-certitude, même avec de nombreuses dépenses médicales. Dès lors, que faire ? Sur-tout ne pas renchérissement en souscri-

vant un produit haut de gamme ou une surcomplémentaire, votre cotisation flamberait. Examinez plutôt la solution inverse : passez-vous de mutuelle.

Difficile de sauter le cap ? Deux alternatives sont possibles. La première, mettez sans tarder votre contrat en concurrence, sachant que 500 opérateurs proposent des complémentaires en France. Appuyez-vous sur des comparateurs en ligne (Assurland, Lelynx, MeilleureAssurance, Santiane, etc.), détaillez votre profil de soins pour trouver un contrat adapté sans couvertures inutiles. Bref, faites le ménage. « Comparer les offres et ne pas hésiter à changer de prestataire sont les seules solutions pour faire baisser une note très salée, notamment pour les seniors », confirme Christophe Triquet. Attention, les complémentaires santé sont renouvelées automatiquement chaque année. Pour en changer, ne dépassez pas la date butoir (soit la date anniversaire, soit le 1^{er} janvier) en respectant le préavis.

La deuxième alternative est plus audacieuse : rabattez-vous sur un contrat couvrant uniquement l'hospitalisa-



Famille avec enfants, ayant des frais d'optique et dentaires

Voici un couple de fonctionnaires d'environ 45 ans en activité avec deux enfants mineurs. A la clé : beaucoup de soins mal couverts par la Sécurité sociale (orthodontie pour un enfant, couronne et soins pour un parent, lunettes pour un enfant et un des parents...). Il attend beaucoup de sa complémentaire santé, qui lui coûte 200 euros par mois pour des garanties « moyen de gamme ». Pourtant, sur 4110 euros non couverts par l'Assurance maladie, l'assureur laisse à sa charge

1433 euros. Sans compter les 4800 euros cotisés sur deux ans. La dépense nette atteint 6233 euros. Sans mutuelle, le couple aurait eu 4110 euros à sa charge après les remboursements de l'Assurance maladie. Soit une économie réalisée de 2123 euros (6233 - 4110), quasiment onze mois de cotisations à leur complémentaire. L'écart se réduirait-il si on multipliait les soins de santé ? Très peu, seule une hospitalisation sans chirurgie durant entre dix et trente jours serait très coûteuse sans assurance. Notre conseil : se passer de mutuelle. Ou opter pour une couverture hospitalisation.

2 123 euros économisés sans mutuelle

Années 2017 et 2018	Avec mutuelle	Sans mutuelle
Dépenses engagées ⁽¹⁾		5 672 €
Remboursements de l'Assurance maladie	1 562 €	1 562 €
Remboursements de la mutuelle	2 677 €	0 €
Cotisations à la mutuelle	4 800 €	0 €
Montant net à la charge du couple	6 233 € (5 672 - 1 562 - 2 677 + 4 800)	4 110 € (5 672 - 1 562)

(1) Comprend 18 visites chez le généraliste et 4 chez un spécialiste (pour un total de 732 €), des médicaments (233 €), des soins dentaires avec couronne (1 007 €), de l'orthodontie (2 800 €), des lunettes (900 €). A noter : avec le tiers payant, la famille n'a pas à déboursier certaines dépenses, mais elles sont bien à sa charge.



Femme célibataire opérée à l'hôpital

C'est une femme retraitée, vivant seule, de 66 ans. Sa mutuelle lui coûte 95 euros par mois, avec des garanties modérées à renforcées selon les soins. Cette année, elle a subi deux hospitalisations successives: la première sans chirurgie, donc mal couverte par la Sécurité sociale; la seconde, pour une opération de la hanche avec prothèse. Sans oublier des soins annexes et une paire de lunettes renouvelée. Bonne nouvelle: la Sécu a remboursé 73% de ses dépenses, très lourdes du fait des hospitalisations.

Mauvaise nouvelle: sa complémentaire lui a laissé 310 euros à sa charge sur le solde. Notre retraitée aura pourtant déboursé 2280 euros sur deux ans pour cette assurance. Pour elle, le coût total se monte à 2590 euros. Sans mutuelle, elle aurait payé de sa poche 1629 euros. Résultat: l'économie réalisée sur deux ans en se passant de complémentaire aurait été de 961 euros (2590-1629), ce qui est déjà significatif malgré une hospitalisation mal couverte. Notre conseil: oser se passer de mutuelle. A défaut, prendre seulement une garantie hospitalisation.

961 euros économisés sans mutuelle

Années 2017 et 2018	Avec mutuelle	Sans mutuelle
Dépenses engagées (1)	6 003 €	
Remboursements de l'Assurance maladie	4 374 €	4 374 €
Remboursements de la mutuelle	1 319 €	0 €
Cotisations à la mutuelle	2 280 €	0 €
Montant net à la charge de la retraitée	2 590 € (6 003 - 4 374 - 1 319 + 2 280)	1 629 € (6 003 - 4 374)

(1) Comprend 8 visites chez le généraliste et 4 chez un spécialiste (pour un total de 482 €), des médicaments (380 €), des soins dentaires (208 €), des lunettes (400 €), deux hospitalisations dont une sans opération (2 000 €) et une avec opération-prothèse (2 258 €), des soins de kiné (275 €). A noter: avec le tiers payant, la retraitée n'a pas à déboursé certaines dépenses, mais elles sont bien à sa charge.

tion, c'est le seul risque qui peut avoir, dans certains cas, des conséquences financières lourdes et imprévisibles. Dans l'immense majorité des cas, la Sécurité sociale couvre les hospitalisations à 100%, sauf forfait journalier et ticket modérateur de 18 euros. Mais s'il n'y a pas d'acte chirurgical, elle ne prend en charge que 80% de la note les trente premiers jours d'hospitalisation (100% en Alsace-Lorraine). Ce qui peut vous coûter de 300 à 500 euros par jour. La garantie hospitalisation couvre ce risque.

C'est le choix fait par Philippe et sa femme, 55 et 53 ans, sans enfant à charge: « J'ai mis du temps à comprendre que ma complémentaire santé nous était inutile au regard de son prix. Nous avions juste besoin d'une assurance hospitalisation renforcée. Elle nous coûte 38 euros par mois, contre 170 euros pour l'ancien contrat. Mon couple est à l'abri sur l'essentiel; pour le reste, on s'autofinance. » Comptez de 20 à 60 euros par mois pour une assurance hospitalisation selon votre âge, le nombre de personnes couvertes et l'étendue des garanties (chambre individuelle, dépassements d'honoraires, etc.). Les assureurs rechignent à vous proposer ce type de contrat? Allez donc voir du côté d'April, de Cegema, de France Mutuelle ou d'HospiAssur.

Soyez votre propre assureur en alimentant un compte dédié

Reste à vivre sans mutuelle. Ce qui revient à assumer soi-même tous les frais non remboursés par la Sécurité sociale, le fameux reste à charge. Seule une poignée de Français aurait fait ce choix, soit moins de 1% de la population, selon les rares données de la Drees. Pour franchir le pas, commencez par résilier votre contrat mais faites comme si vous y cotisiez toujours. Epargnez la somme sur un livret

(rémunéré, bien sûr) dédié à votre santé. Mois après mois, vous allez vous constituer un capital dans lequel vous viendrez puiser pour chacun de vos soins. Et, si vous obtenez des remboursements de la Sécu, reversez-les aussi dans cette caisse. Les économies générées vont vite vous surprendre (voir encadré p. 78). Ce n'est pas tout. Avec le temps, votre approche des soins se transformera. « Depuis que j'ai quitté ma mutuelle, je constate que je me soigne aussi efficacement en renforçant mes aptitudes naturelles et en consultant les médecins à bon escient », témoigne Jeanne, retraitée de 64 ans.

Sachez que si vous changez d'avis, rien ne vous empêchera de souscrire à nouveau une mutuelle, même à un âge avancé. Voilà qui devrait rassurer les plus hésitants. ●

(1) 13,27% de taxe dite de solidarité additionnelle

(2) 20,27% pour les contrats « non responsables ».