

Assureurs
et mutuelles
santé se portent
bien : leurs
réserves
se chiffrent
à 17 milliards
d'euros.



LES COULISSES DE L'ARGENT

Santé : les tarifs abusifs des complémentaires

Avec des cotisations galopant plus vite que les remboursements, les organismes complémentaires ont amassé une belle cagnotte. L'Etat y va de sa taxe. L'assuré, lui, est le dindon de la farce. Pour combien de temps ?

La pilule passe mal. « En 1992, mon épouse et moi réglions 483 francs par trimestre au litre de notre complémentaire santé. En 2007, c'était 400 euros ! » Près de 450 % d'augmentation en quinze ans, qui dit mieux ? « Ma cotisation a pris 20 % en 2008, c'est proprement scandaleux », témoigne une lectrice de Bretagne. Et ce n'est pas fini. Les tarifs des complémentaires santé, censées rembourser les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie, grossissent encore de 5 à 10 % pour la plupart d'entre elles cette année. Nul n'est épargné, même si les salariés couverts dans le cadre de leur entreprise s'en rendent moins compte, l'employeur payant une partie de la cotisation. Résultat : selon une étude du Crédoc, la mutuelle fait partie



des vingt produits et services ayant le plus affecté le pouvoir d'achat de 2000 à 2005. Il faut maintenant déboursier une cinquantaine d'euros par mois en moyenne avant 60 ans pour un contrat aux garanties médiocres. Après, c'est l'escalade des prix. A 65 ans, c'est autour de 70 euros par tête, le double pour un couple.

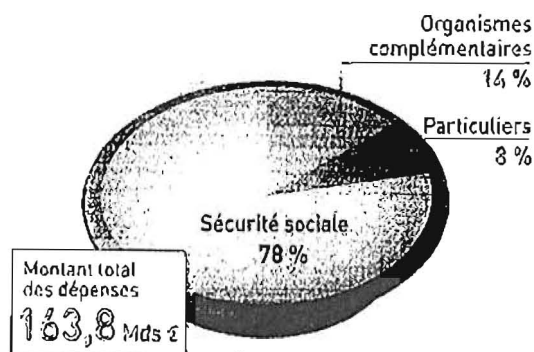
Le gouvernement se fâche

Cette surenchère est pourtant peu remise en cause par les particuliers, majoritairement résignés selon le Crédoc à payer toujours plus cher ce service. Leur ignorance du coût de la santé en France les empêche aussi de s'impliquer davantage sur ce terrain. Dommage, car le marché de l'assurance santé complémentaire est truffé d'abus manifestes. La première charge est venue du gouver-

nement. Il accuse les organismes complémentaires - mutuelles, instituts de prévoyance et assureurs privés - d'avoir fortement augmenté leurs bénéfices depuis plusieurs années. Avec pour preuve, les rapports du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dont les contenus font autorité. Dans le dernier édité, en juillet 2008, le constat est cinglant : « Entre 2001 et 2006, la rentabilité des organismes complémentaires n'a en effet cessé de s'améliorer. Alors que les dépenses de santé des organismes complémentaires ont augmenté de 32,2 %, le chiffre d'affaires du secteur, constitué des cotisations des assurés, a augmenté plus fortement, soit 48,2 % sur la même période. » Pour enfoncer le clou, Yves Bur, député de la majorité, rapporte que l'Autorité de contrôle des assurances et mutuelles chiffre les réserves des organismes complémentaires à 17 milliards d'euros au-delà des exigences imposées par la réglementation. Et de s'interroger, alors : pourquoi les remboursements ne sont-ils pas meilleurs, les prises en charge plus adaptées ou les primes des contrats moins élevées ? La question est en effet légitime.

Cette mise en cause des organismes de complémentaires, souvent appelés mutuelles, les fait bondir. Ils refusent faire des bénéfices sur le dos de leurs assurés, rappelant qu'ils n'ont pas d'actionnaires à rémunérer. « Nous sommes une entreprise équilibrant ses comptes, clame Jacques Garrot, président de France Mutuelle. Que la Sécurité sociale commence par faire de même avec les siens, avant de faire croire qu'on va nous prendre de l'argent parce qu'on l'avait pris aux gens. » Même son de cloche chez les assureurs privés : « Nous intervenons dans un domaine réglementé, contrôlé, balisé, explique Henri Laurent, directeur général de Swiss Life Prévoyance Santé. Que les assureurs fassent des bénéfices raisonnables, c'est une réalité logique et banale. » Et tous d'énumérer les mêmes raisons à leur politique d'excédents : les normes de prudence imposées par l'Europe, le renchérissement des soins de santé, le vieillissement de la population... et, bien sûr, le désengagement de

Qui paie les soins ?



En 2007, les dépenses de santé - soins et biens médicaux - se sont élevées à 163,8 milliards d'euros. Soit 2 577 euros par habitant. Un coût très largement couvert par la Sécurité sociale. Avec des différences toutefois très nettes selon le type de soins. La prise en charge par l'assurance maladie est ainsi de 92,4 % pour les soins hospitaliers, représentant près de la moitié des dépenses de soins, contre 37,9 % pour les soins dentaires.

la Sécurité sociale. Mis en cause par les pouvoirs publics, avec pour conséquence la récente augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires, passée de 2,5 à 5,9 %, ces professionnels ne comptent pas se laisser faire. Et comme les pouvoirs publics n'ont, bien sûr, aucun argument juridique pour s'y opposer, ils vont répercuter la « taxe santé » dans leur tarifs cette année ou en 2010.

La Sécurité sociale ne se désengage pas

Pour autant, les arguments de la défense sont contestables. Exemple : le retrait de la Sécurité sociale, dont la plupart des Français sont persuadés. Faux. Selon le HCAAM, l'assurance maladie obligatoire rembourse autour de 78 % de la consommation totale des biens et services médicaux depuis plusieurs années (voir graphique). Stabilité, donc. C'est la structure des remboursements qui se modifie. Vieillesse de la population oblige, la Sécurité prend en charge à 100 % de 200 000 à 300 000 personnes supplémentaires par an en affection longue durée. Autant de monde en moins à la charge des mutuelles et une économie chif- ▶▶▶



Lever le flou sur les garanties permettrait aux assurés de connaître le montant réel de leurs remboursements.

►►► frée par le gouvernement à 600 millions par an ! Le HCAAM ajoute que les gens « bien portants dans leur grande majorité n'ont l'expérience que de soins de ville, épisodiques et de faible montant... sur lesquels ont porté les mesures d'augmentation du "reste à charge" ». Le « reste à charge » ? Autrement dit, ce qui n'est remboursé ni par la Sécu, ni par les... mutuelles. C'est la double peine pour les assurés : ils voient augmenter les tarifs des contrats et leur « reste à charge ».

Les coûts baissent, pas les tarifs

Rares sont les professionnels à oser avouer que les contrats ont été surtarifiés ces dernières années. Ou à relater le business juteux des complémentaires, comme Philippe Ponsolle, courtier d'assurances et créateur du site mafacturesante.com : « Les marges des complémentaires santé sont très confortables au motif qu'il s'agit d'un risque maîtrisé et dénué d'aléas

pour les dépenses de santé courantes. La connaissance parfaite de l'évolution de la consommation médicale permet d'anticiper toute dérive des remboursements et un maintien constant des marges commerciales. » A part une

Des garanties illisibles

Prenons une publicité de mutuelle au hasard. Elle affiche une couverture en optique à hauteur de 150 % du tarif de convention. Alléchant, non ? En réalité, le remboursement pour une paire de lunettes sera dérisoire, puisque les 150 % vont s'appliquer sur un montant de quelques euros seulement, en l'occurrence le tarif reconnu par la Sécurité sociale. Bref, 100 %, 200 % ou 300 % de pas grand-chose feront toujours pas grand-chose à l'arrivée.

La faute aussi à des garanties exprimées en pourcentage du tarif de convention, de responsabilité, voire du plafond mensuel de la Sécurité sociale... Des termes dont les assurés ignorent souvent le sens et la réalité financière. La solution ? Que les assureurs formulent dans leurs contrats les montants et plafonds de remboursements en euros de chaque acte médical.

pandémie, rien ne peut donc mettre à mal cette promenade de santé. Dans ce cas, à quoi servent les réserves ? Autre vérité : ce « petit risque » s'est largement automatisé. Jusqu'à 90 % des remboursements peuvent être effectués sans intervention humaine. Mieux, la stratégie des mutuelles est maintenant de diriger les assurés vers des praticiens avec qui ils ont négocié les prix. Ou encore d'accéder à davantage d'informations sur les remboursements de la Sécu. Ils viennent d'obtenir l'accès au Système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie, où sont reportés l'ensemble des actes remboursés. Rassurez-vous, sans mention d'informations individuelles sur les patients. Toujours est-il que le recours à la technologie assure aux professionnels une meilleure maîtrise des coûts. Mais les tarifs, en retour, ne baissent pas.

Vers une reprise en main par l'Assurance maladie ?

Deux éléments pourraient pourtant changer la donne. A l'automne, au Parlement, l'opposition appelait ainsi à une meilleure lisibilité des garanties des contrats, obtenant même l'assentiment du pouvoir pour y travailler (voir encadré). Une autre brèche a été ouverte par un rapport de la Cour des comptes. Celle-ci a évalué à 7 milliards d'euros par an les aides financières publiques apportées par l'Etat aux organismes complémentaires. Soit un tiers des remboursements effectués par ces derniers ! Est-il logique d'aider des acteurs affichant par ailleurs un doublement de leur profitabilité depuis 2001 ? Le rapport pointe aussi des frais de gestion nettement supérieurs dans les mutuelles par rapport à ceux enregistrés à la Sécu. De quoi insinuer l'idée révolutionnaire qu'il serait finalement moins coûteux pour les assurés de voir l'assurance maladie reprendre la main sur la totalité des remboursements... ■

Frédéric Giquel

QUE
CHOISIR
en ligne

www.quechoisir.org

D'autres avis
sur le sujet ?
Participez à
notre forum
du 14 au
28 avril.

Il y a un trou dans la couverture

Deux poids, deux mesures. Alors que les tarifs des mutuelles de santé ont galopé ces derniers temps, leurs prestations ont pratiqué le petit trot. L'écart cumulé sur quelques années se chiffre en milliards d'euros. Ils n'ont pas toujours été utilisés à bon escient.

Les mutuelles de santé seraient-elles devenues des trous noirs? Voilà plusieurs années qu'elles absorbent davantage d'argent qu'elles n'en restituent. L'UFC-Que Choisir reçoit régulièrement des lettres d'abonnés stupéfaits par l'envolée de leurs cotisations et pas du tout convaincus que la prise en charge s'améliore au même rythme. Un article sur ce thème en juin 2006 a suscité plus de mille courriers (QC n° 438). Certes, le système veut que certains payent au-delà de ce qu'ils reçoivent. Mais quand tout le monde cotise davantage sans que les prestations ne suivent, il y a un problème. Or, c'est précisément ce qui se passe. Entre 2002 et 2006, les recettes de l'assurance complémentaire santé ont augmenté de 36% et ses dépenses de 22%⁽¹⁾. Soit plusieurs milliards d'euros encaissés sans contrepartie apparente!

La CMU a bon dos

Les intéressés montrent volontiers les pouvoirs publics du doigt. Les désengagements successifs de l'assurance maladie, assortis de nouvelles taxes, reporteraient l'explosion des dépenses de santé sur les organismes complémentaires. Ces derniers payent en particulier la couverture maladie universelle (CMU), qui permet à tout

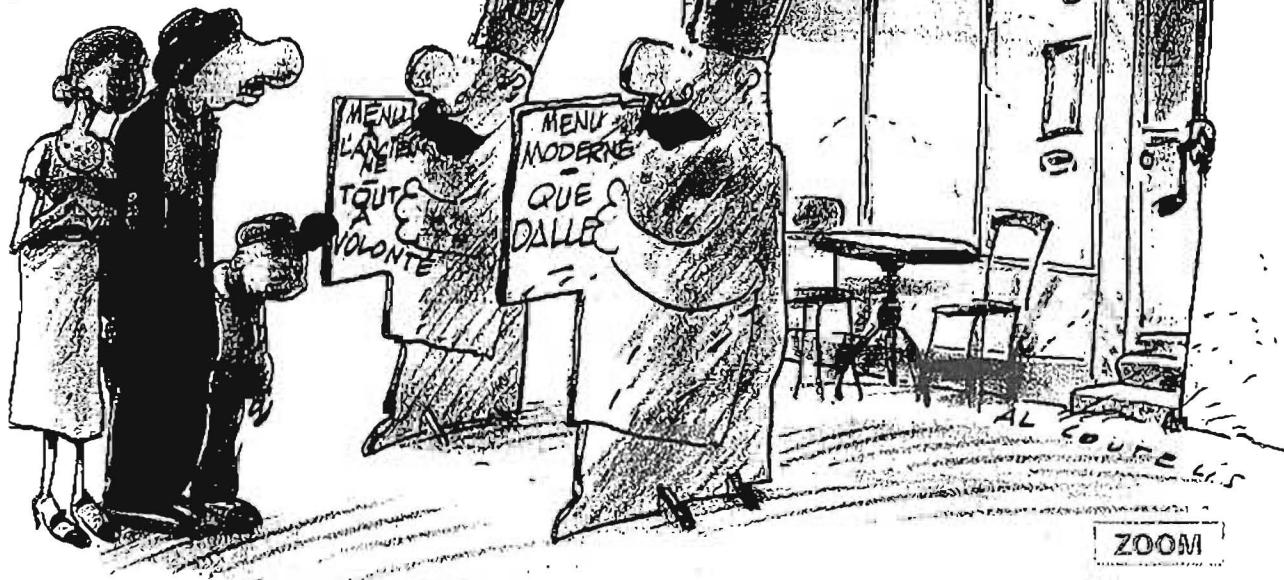
malade non inscrit à un régime social d'être pris en charge. Instaurée en 2000, elle est financée par une taxe sur le chiffre d'affaires des complémentaires. De 1,75% à l'origine, son taux est passé à 2,50% en 2006, puis à 5,8% cette année.

Ce que les mutuelles oublient de préciser, c'est que l'assurance maladie, en parallèle, a pris en charge à 100% de plus en plus de patients en « affection longue durée » ces dernières années. Ces ALD touchent sept millions de personnes souffrant de déficience cardiaque, Alzheimer, mucoviscidose, VIH, etc. Sachant que la chirurgie est par ailleurs bien prise en charge par la Sécu, reste aux complémentaires le petit risque de santé, c'est-à-dire les affections chroniques, à traitement peu coûteux. Dans ces conditions, prétendre que le désengagement de la Sécu renchérit le coût des mutuelles est un peu osé. Des médicaments ont été déremboursés, des franchises ont été créées, certes, mais à l'échelle nationale, le désengagement est une vue de l'esprit. Depuis les années 90, la part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie est stable, à 77% du total. Ses moyens n'ont pas diminué, ils ont été concentrés sur les plus atteints. Ce n'est pas du tout la même chose. Ce n'est pas tout. Selon un rapport publié en juillet 2008 par le Haut Conseil pour l'avenir de

Entre 2002 et 2006, les recettes des complémentaires ont crû de 36% et les dépenses de 22%

LE MENU
À AUGMENTÉ.

MAIS LAISSE
IR SA FATM...



ZOOM

Un secteur atomisé à l'extrême

On distingue l'assurance maladie obligatoire (AMO), appelée la Sécu, et l'assurance maladie complémentaire (AMC), autrement dit les mutuelles. Cette famille se divise en trois : les mutuelles proprement dites, à but non lucratif ; les assureurs, qui ont vocation à faire des bénéfices ; enfin, les institutions de prévoyance, propres à une entreprise ou à une branche. Schématiquement, l'assurance maladie prend en charge 77 % des dépenses de santé des Français, les complémentaires 14 %. Les 9 % restants sont directement à la charge des particuliers. Le chiffre d'affaires des complémentaires santé est de 26 milliards d'euros par an. Les mutuelles en représentent 60 %, les assureurs 24 % et les institutions de prévoyance 16 %. On compte près de mille acteurs, dont 800 mutuelles au sens strict.

L'assurance maladie, « entre 2001 et 2006, la rentabilité des organismes complémentaires n'a cessé de s'améliorer ». La hausse des tarifs a joué, mais également les fusions entre mutuelles. Le secteur est engagé dans un vaste mouvement qui a fait disparaître 40 % des sociétés entre 2000 et 2006. Le rapport du Haut Conseil le confirme, ces rapprochements ont « permis aux organismes complémentaires de bénéficier d'économies sur leurs coûts de gestion ». Économies dont les adhérents n'ont pas profité, puisque pour 100 € cotisés, ils sont de moins en moins remboursés. « Le rapport entre les prestations médicales versées et les cotisations perçues est actuellement extrêmement favorable (aux organismes complémentaires, ndlr), à 76 % au lieu de 80 % en 2001 », écrit le sénateur Alain Vasselle dans un rapport d'information publié le 11 juin 2008. Déjà important, le vaste fourre-tout de dépenses que les professionnels nomment « frais de gestion » s'est alourdi, au point de dépasser parfois le quart des cotisations. Les sociétés d'assurances ont des coûts encore plus élevés, mais elles annoncent la couleur. Ce sont des entreprises à but lucratif, contrairement aux mutuelles.

Mais où va l'argent ?

Triplement des salaires, limousines avec chauffeur, grands restaurants, congrès aux Seychelles : les « frais de gestion » des mutuelles n'englobent rien de tel. Plus prosaïquement, une part de leurs excédents récents a été placée, afin de satisfaire à des obligations légales. « Le nouveau

code de la mutualité, entré en vigueur en 2001, les a contraints à se constituer des réserves », explique Mathias Matallah, président du cabinet spécialisé Jalma. La pratique traditionnelle dans le secteur était de payer les prestations avec les cotisations de l'année. Les mutuelles étaient sous-capitalisées. »

« Il est vrai que les cotisations des mutuelles ont été calculées trop larges en 2004 et 2005, concède Daniel Lenoir, directeur général de la Mutualité française. Mais si les sommes ainsi générées n'ont pas été restituées, c'est pour assumer des engagements à long terme. » Exact, à ceci près que certaines mutuelles ont vu très large. L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) a conclu, en décembre dernier, à « l'absence de besoin de recapitalisation du secteur. »

Les complémentaires gardent en réserve près d'un an de cotisations en moyenne, ce qui est amplement suffisant. La puissante Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) en a bien davantage. C'est d'ailleurs grâce aux revenus de ses placements qu'elle affiche un aussi bon ratio prestations/cotisations.

Certaines mutuelles devaient aussi rétablir des équilibres financiers compromis. C'est le cas de la Mutuelle de la Fonction publique territoriale. « Notre portefeuille santé était déficitaire de 1999 à 2002, rappelle son directeur général adjoint Pascal Pigot. Nous avons dû augmenter nos cotisations pour combler le trou. » La Mutuelle générale, ex-Mutuelle des Postes, a eu un souci d'une autre nature. En 2000, elle s'est retrouvée déséquilibrée par la baisse relative du nombre d'actifs →

Des écarts importants

Ce tableau prend en compte les vingt-neuf premières mutuelles en nombre d'adhérents, à l'exclusion des Instituts de prévoyance et des assureurs. Il montre que sur 100 € de cotisations, les mutuelles en gardent en moyenne une vingtaine au titre des « frais de gestion ». À noter qu'il n'y a aucun rapport entre la taille d'une mutuelle et le niveau de ses frais de gestion. Les grosses ne réalisent apparemment pas d'économies d'échelle par rapport aux moyennes. Ces chiffres englobent les cotisations versées au titre de la

santé mais aussi de la prévoyance, lorsque les mutuelles en font. Sur 2002/2007, tous les acteurs pour lesquels nous avons les chiffres ont augmenté leurs cotisations plus vite que leurs prestations, à trois exceptions près (la Mutuelle Bleue, la MGEN et la CNG-MG Mutuelle de la gendarmerie). La période englobe une hausse de la taxe CMU, passée de 1,75 à 2,5 % en 2006. À noter que certaines mutuelles ne communiquent pas leurs chiffres ; d'autres ont connu des fusions entre 2002 et 2007, rendant les comparaisons impossibles.

vous avez cotisé et ce que vous avez perçu sur quatre ou cinq années, vous risquez d'être surpris. J'ai un exemple de couple de retraités qui a payé 15 000 € de plus qu'il n'a été remboursé en cinq ans ! Il aurait mieux fait de mettre cet argent de côté et de souscrire une mutuelle pas chère couvrant seulement le risque chirurgical. »

« En santé, 35 % des assurés ne consomment rien, 50 % peu et 15 % énormément, complète Mathias Matallah. Et, contrairement à une idée reçue, cette proportion ne recoupe pas les tranches d'âge. On peut être âgé et ne rien coûter à sa mutuelle. »

Politique à revoir

« Le mutualisme est une belle idée à défendre, mais on ne peut pas accepter tout et n'importe quoi au nom de ce principe. Les tarifs en santé sont invraisemblables, sans commune mesure avec les dépenses supportées par les mutuelles. Et je le dis sur la base des chiffres qu'elles fournissent, sans exclure un peu de cosmétique comptable », reprend Philippe Ponsolle.

« Le risque lié aux dépenses de santé courantes est dénué d'aléa, facile à gérer, alléant ainsi l'interrogation de certains dirigeants de complémentaires sur la valeur réelle des 7 à 8 milliards d'écart entre les cotisations que collecte la profession et les prestations qu'elle rembourse », écrit pour sa part Michel Collombet, du cabinet Eurogroup, dans un point de vue publié par *La Tribune de l'assurance* de février 2009. « Pour le moment, poursuit Marc Perronnin, statisticien à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, il n'y a pas de démutualisation perceptible, mais nous manquons de données. Nous ignorons, en particulier, si les assurés reviennent à la baisse leur niveau de couverture et comment ils réagiraient face à de nouvelles hausses de tarifs. La crise générale actuelle va être un moment de vérité. »

Les mutuelles interrogées dans le cadre de cette enquête assurent toute qu'un cycle se termine et que le rapport entre les cotisations et les remboursements devrait s'améliorer à partir de 2010. Prenons-les au mot. Si votre cotisation augmente l'an prochain, nous vous recommandons de réexaminer soigneusement votre couverture. À voir les comptes des organismes complémentaires, il est évident que de nombreux ménages ont souscrit des garanties superflues. Ce n'est pas la rationalisation des choix individuels qui érode aujourd'hui l'esprit mutualiste. Ce sont les politiques tarifaires irrationnelles. □

Erwan Sezec

Les principales mutuelles en 2007	Sociétaires en milliers	Pour 100 € de cotisation encausés, votre mutuelle a remboursé en 2007		Hausse des cotisations 2002/2007		Hausse des prestations 2002/2007		Écart cotisations/prestations 2002-2007	
		€	%	%	%	%			
Prestations pour 100 € de cotisation									
MGEN	3 347	94,50	35	36	-1				
Apvea	581	88,70	-	-	-				
Micilis	335	87	76	53	23				
MNM	713	87	34	20	14				
Mutuelle de l'Armée de l'air	217	87	-	-	-				
SMM(Malakoff)	-	87	-	-	-				
MNH	1 212	83	66	44	22				
Mutuelle Existence	250	82	-	-	-				
Eovi mutuelle Drôme-Arpica	301	81,40	18	13	5				
MGPAT	194	81	-	-	-				
MNT	1 166	81*	61	37	24				
MIP	207	81	-	-	-				
Océane	452	80,80	-	-	-				
MGP	251	80,30	-	-	-				
Prévadiès (évolution 2002/2005)	1 807	80	32	24,4	7,6				
MCD	479	79	-	-	-				
MGET	252	79	27	5	22				
Eovi mutuelles Présence (évolution 2003/2009)	317	78,70	17	13,4	3,6				
Mutuelle Familiale	259	77,80	40	33	7				
Macif mutualité	1 457	77	-	-	-				
Maaf Santé	982	75,70	90	87	3				
CNG-MG(Gendarmerie)	334	75	10	25	-15				
Mutuelle Bleue	217	75	29	33	-4				
Mutuelle Mieux-Être	560	75	157	125	32				
Touraine Mutualiste	278	75	-	-	-				
Primamut(AG2R)	359	71,80	-	-	-				
MG	1 278	70	53	28	25				
Sphéria Val de France	220	70	16	10	6				
Médéric Mutualité	192	53,70	-	-	-				

Source : Agence de l'Assurance * En 2005 - ; non communiqué.

Nos remerciements à M. Guy Pégot, de l'UFC-Que Choisir d'Aurillac (15), qui nous a aidés à comprendre les comptes des mutuelles.

(1) Rapports de la Cour des comptes et du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

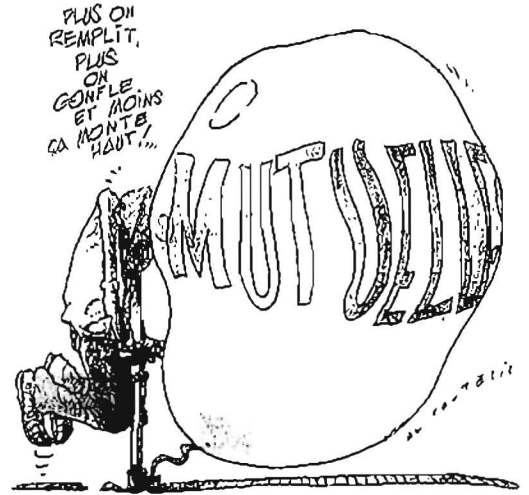
(2) Quatrième étude quantitative d'impact de l'Acam

→ et la hausse du nombre de retraités. Parmi ces derniers, beaucoup avaient des contrats de prévoyance et percevaient quinze fois plus de prestations qu'ils ne versaient de cotisations. « Les cotisations santé ont permis de provisionner pour la prévoyance, admet volontiers Patrick Sagon, président de la MG. Cela s'est fait en accord avec l'Acam. Nous nous sommes remis à niveau, nos cotisations baisseront en 2010 »

Une gestion trop coûteuse

Prolixes sur les réserves financières et la taxe CMU que la loi leur impose, les mutuelles sont moins disertes sur leur mode de fonctionnement. Il est réputé coûteux, mais peu d'entre elles semblent prêtes à s'attaquer au problème. La Mutuelle Bleue l'a fait. C'est l'une des rares de notre échantillon à avoir amélioré son ratio prestations/cotisations ces dernières années. « Il n'y a aucun mystère, explique son directeur général, Olivier Raimbault. Nous avons réduit nos charges en rationalisant, en réorganisant. La marge de manœuvre n'est pas énorme, mais nous continuons. Nous voulons descendre en dessous de 20% de frais de gestion. » Cela correspond à la moyenne du secteur, une moyenne franchement médiocre. « Les ratios de gestion sont excessifs, commente Mathias Matallah. Les frais de commercialisation, en particulier, sont trop élevés. Les mutuelles rémunèrent des réseaux hypertrophiés. À titre de comparaison, l'épargne salariale est aujourd'hui gérée en France par quatre grands centres seulement. Dans le mouvement mutualiste, il existe encore des centaines de sièges sociaux et de plate-formes techniques. » Directeur de la stratégie marketing de Malakoff Médéric, Alain Quibeuil confirme. Si la mutuelle

En 2010,
le rapport
cotisations/
remboursements
devrait
s'améliorer



Médéric, lanterne rouge de notre classement, affichait en 2007 un résultat calamiteux (47% de frais!), « c'est notamment en raison de coûts de commercialisation trop élevés ». Médéric et Malakoff ont fusionné récemment. Selon Alain Quibeuil, le ratio prestations/cotisations du nouveau groupe pour 2008 est de 78,5%.

Course aux parts de marché

En France, plus de 92% de la population étaient couvertes par une complémentaire en 2005, dont 7,5% au titre de la CMU. Le marché est saturé. La seule manière de se développer est de prendre des parts aux concurrents. Bien conscientes que le temps des petits acteurs était révolu, les mutuelles tentent en fait de prendre du poids en clientèle, en notoriété et en réserves financières, afin de négocier au mieux un éventuel mariage. Qui mangera qui? Question cruciale pour les intéressés, mais rigoureusement dénué d'intérêt du point de vue des clients. Leurs cotisations sont ponctionnées pour entretenir une course à la taille critique, alors qu'ils attendent une baisse ou, au moins, une modération des tarifs santé. Précision qui ne manque pas de sel: l'assurance maladie, monstre bureaucratique, affiche un ratio de 94,50€ de prestations aux assurés pour 100€ de cotisation. Le privé est battu à plate couture. Il est vrai que la Sécu n'a pas de réseau commercial et que l'Urssaf recouvre ses cotisations. Mais, dans le fond, les complémentaires santé doivent-elles obligatoirement relever du secteur marchand? L'Alsace et la Moselle disposent d'un régime de complémentaire obligatoire, héritage allemand dont les habitants des trois départements sont très satisfaits. À force d'augmenter leurs tarifs, les mutuelles vont finir par mettre sur la table une autre question, encore plus embarrassante: qui a vraiment besoin d'une complémentaire santé? Tant que les sommes à déboursier restaient raisonnables, personne ne se la posait. « Mais au niveau actuel des tarifs, il faut regarder les choses froidement, répond Philippe Ponsolle, fondateur du courtier en ligne maufacturesante.com. Regardez ce que

Décomposition des coûts d'une mutuelle

Pour 100€ de cotisation

