



EXPERT • INDÉPENDANT • SANS PUBLICITÉ

HORS-SÉRIE Argent

INVESTISSEMENT IMMOBILIER

Faut-il opter pour
le Denormandie ?

FAMILLES RECOMPOSÉES

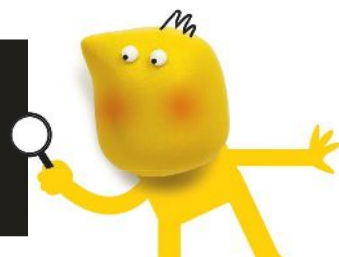
La succession
pour tous

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



PLUS DE
20 CONTRATS
ÉVALUÉS
SELON VOTRE
PROFIL

DE GROS CHANGEMENTS EN 2020
Zéro reste à charge, résiliation à tout
moment, lisibilité des contrats...



WWW.QUECHOISIR.ORG

L 12336 - 156 - F: 4,95 € - RD



Qui sommes-nous ?

UN SUPPORT D'INFORMATION AU SERVICE DES CONSOMMATEURS

Que Choisir et son Hors-Série Argent sont les seuls magazines consommateurs indépendants, édités par l'Union fédérale des consommateurs-Que Choisir. Notre association est au service des consommateurs pour les informer, les conseiller et les défendre. L'action de l'UFC-Que Choisir se traduit par :



Des dossiers d'investigation

La rédaction de *Que Choisir* investit l'univers de la consommation et décrypte ses rouages et ses coulisses pour vous aider à mieux vivre au quotidien.



Des enquêtes de terrain

Journalistes spécialisés et bénévoles de l'UFC-Que Choisir recueillent, sur l'ensemble du territoire, des informations sur les prix et les pratiques des professionnels pour vous éclairer.



Des tests professionnels

Nos ingénieurs établissent les protocoles des essais à partir de vos besoins, analysent les résultats et vous guident dans vos choix.



Des combats judiciaires

Notre service juridique mène des actions en justice pour faire sanctionner des pratiques irrégulières ou faire évoluer la jurisprudence.



Des analyses économiques

Dérèpages des prix, ententes commerciales, pratiques abusives... les économistes analysent les marchés et dénoncent tout comportement préjudiciable aux consommateurs.



Des actions de lobby

L'UFC-Que Choisir intervient auprès des parlementaires nationaux et européens ou des instances de régulation pour faire avancer vos droits de consommateurs.



Un réseau de proximité

qui vous accompagne, vous assiste et vous conseille. Plus de 150 associations locales UFC-Que Choisir vous aident à résoudre vos litiges de consommation et vous représentent près de chez vous.

Nos comparateurs en ligne sur

www.quechoisir.org



BANQUES, ASSURANCES, ÉNERGIE...

Des essais comparatifs de produits régulièrement mis à jour. Des résultats que vous pouvez trier selon vos propres besoins, par marques, par prix, par fonctions...

PLUS DE 600 PRODUITS TESTÉS EN CONTINU

Dès qu'un produit nouveau apparaît sur le marché, l'UFC-Que Choisir l'achète et le teste. Les résultats du banc d'essai sont immédiatement mis en ligne sur son site Internet.

DES GUIDES D'ACHAT COMPLETS

Toutes les familles de produits testés sont accompagnées d'un guide d'achat qui détaille les bonnes questions à se poser avant toute acquisition, les critères à prendre réellement en considération et ceux sans grand intérêt.

TOUS LES PRODUITS DANGEREUX RAPPELÉS

Dès qu'un produit est rappelé par un professionnel, car dangereux pour la santé ou la sécurité des consommateurs, l'information est portée à la connaissance de tous. Une base de données qui compte actuellement plus de 1600 rappels de produits dangereux.

DES VIDÉOS AU PLUS PRÈS DES PRODUITS

Sans attendre les résultats du test technique d'un nouveau produit, des vidéos viennent apporter une appréciation sur la pertinence de la nouveauté, ses points forts et ses faiblesses dans son utilisation.

DES FORUMS PERMANENTS

Des avis sur une enquête, un test, un nouveau produit... La parole vous est donnée à travers nos forums. Venez apporter votre témoignage et participer au débat avec d'autres consommateurs.

DE NOMBREUSES LETTRES TYPES POUR TOUTES VOS DÉMARCHES

Régulièrement mises à jour en fonction de l'évolution du droit, elles vous guideront et régleront au mieux les principaux litiges de la consommation.



Union Fédérale
des Consommateurs
Que Choisir, association
à but non lucratif
233, bd Voltaire, 75011 Paris
Tél. : 01 43 48 55 48
Télécopie : 01 43 48 44 35
Service abonnements :
01 55 56 71 09

TARIFS D'ABONNEMENT :

1 an, 11 numéros : 44 €
1 an, + 4 numéros : 62 €
1 an, + 4 hors-série
+ 4 numéros spéciaux : 90 €

IMPRESSION : Roto France
Rue de la Maison-Rouge
77185 Lognes
Distribué par les MLP
Dépôt légal n° 144
Commission paritaire
n° 0722G 82318
ISSN 1267-2033

INSPECTION DES VENTES
ET RÉASSORTS DIFFUSEURS :
Sip/Gérard Ribaux

Tous droits de reproduction
et d'adaptation réservés.
Ce numéro comporte un encart
abonnement de quatre pages,
sur une partie du tirage, entre
les pages 34 et 35.

Imprimé sur papier Holmen XLNT
(Norrköping - Suède).
Taux de fibres recyclées : 0 %.
Certification FSC PEFC.
Eutrophisation : 1580 kg/C02/t
papier



p.6

DOSSIER

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Ce qui va changer en 2020

MH - A.P. THOMAS/ADOBE STOCK



32

NOS CONSEILS
AVANT D'AGIR

ÉPARGNE

Trois placements confidentiels au banc d'essai

38

TRADUIT EN CLAIR

INVESTISSEMENT IMMOBILIER

Faut-il opter pour le Denormandie ?

46

PANORAMA

FAMILLES RECOMPOSÉES

La succession pour tous

54

ON N'A PAS FINI D'EN PARLER

ACHAT DE LOGEMENT SUR PLAN

Trois gros points noirs !



À QUOI SERT DONC LA BCE ?

Cet été, Christine Lagarde, jusqu'alors directrice générale du Fonds monétaire international (FMI), a été nommée à la présidence de la Banque centrale européenne (BCE). Dans le monde de la finance internationale, cet événement est inédit à plus d'un titre. Christine Lagarde est la première femme à accéder à ce poste depuis la création de la BCE. Surtout, elle est avocate de formation, et non économiste comme ses détracteurs n'auront pas tardé à en faire la remarque. Mais il faut dire aussi que celle qui fut ministre de l'Économie, des Finances et de l'Emploi sous la présidence de Nicolas Sarkozy arrive dans un contexte économique particulièrement tendu. Un niveau d'inflation très bas dans la plupart des pays de la zone euro, une croissance mondiale au ralenti... et des voyants au rouge un peu partout ! Rappelons ici que la BCE est marquée par ses statuts qui lui interdisent de financer directement les dettes publiques des États membres de la zone euro. Même Jean-Claude Trichet, à la tête de la BCE de 2003 à 2011, n'hésite pas à noircir le tableau en affirmant : « *Les risques de récession sont aujourd'hui très importants, et une nouvelle crise économique de l'ampleur de celle de 2008 est très probable. La balle n'est plus vraiment dans le camp des banquiers centraux.* » Mais alors, nous autres consommateurs, sommes en droit de nous demander à quoi servent réellement ces instances « régulatrices »... À en croire certains économistes, ce seraient plutôt les États et leur politique pour stimuler la croissance qui tenteraient de maintenir l'économie mondiale à flot. Une chose est sûre. Christine Lagarde arrive à la tête d'un vaisseau dont il faudra certainement réinventer le cap.



Union Fédérale des Consommateurs Que Choisir, 233, bd Voltaire, 75011 Paris – Tél. : 01 43 48 55 48 – Fax : 01 43 48 44 35

Président-Directeur des publications : Alain Bazot • **Assistants/relations presse :** Marie-Christine Brument, Corentin Coppens • **Directeur général délégué :** Jérôme Franck • **Rédacteur en chef :** Pascale Barlet • **Assistante de la rédaction :** Catherine Salignon • **Secrétaire général de la rédaction :** Laurent Suchowiecki • **Secrétaires de rédaction :** Philippe François, Gaëlle Desportes • **Direction artistique :** Ludovic Wyart • **Rédacteurs-graphistes :** Scarlett Laurin, Véronique Puvilland, Sandrine Barbier, Capucine Ragot • **Iconographie :** Catherine Métayer • **Illustrateurs :** Marianne Maury Kaufmann, MH, Mikael Mouné • **Ont collaboré à ce numéro :** Arnaud de Blauwe, Nathalie Coulaud, Frédéric Giquel, Pauline Janicot, Marie Pellefigue, Roselyne Poznanski • **Crédits de couverture :** MH, G. Saunders/Shutterstock

• **Web – Infographie/maquette :** Carla Félix-Dejeufosse, Caroline Laguillaume, Laurent Lammens, Inès Blanlard – **Secrétaire de rédaction :** Leslie Schmitt • **Documentation :** Audrey Berbach, Véronique Le Verge, Stéphanie Renaudin, Frédérique Vidal • **Observatoire de la consommation :** Grégory Caret (directeur), Isabelle Bourcier, Sandrine Girollet, Marine Perier-Dulhoste, Ingrid Stiemer • **Juridique :** Raphaël Bartlome (responsable), Gwenaëlle Le Jeune, Laurie Liddell, Véronique Louis-Arcene • **Diffusion/marketing :** Thierry Duquerois (directeur), Delphine Blanc-Rouchosse, Jean-Louis Bourghol, Marie-Noëlle Decaulne, Laurence Kramer, Jean-Philippe Machanovitch, Francine Manguelle, Raphaëlle Vincent

AUTORITÉ
DES MARCHÉS FINANCIERS
AMF

LES BONS CONSEILS*

Ayez le réflexe AMF Protect Épargne

Alertes, signalements, listes noires..., AMF Protect Épargne est la nouvelle application dédiée, comme son nom l'indique, à la protection de votre épargne. Grâce à cet outil numérique, vous consultez rapidement et simplement les listes noires des acteurs non autorisés à proposer des placements financiers. Et en cas de doute sur une proposition d'investissement, un questionnaire vous permet de connaître en quelques clics le niveau de risque d'arnaque qu'elle présente. Enfin, si vous avez besoin d'une information plus détaillée sur un produit en particulier, AMF Protect Épargne vous oriente et vous permet d'entrer facilement en contact avec l'Autorité des marchés financiers, ou avec un autre interlocuteur compétent.

*L'AMF veille à l'information et à la protection des investisseurs, et au bon fonctionnement des marchés financiers.



L'ÉCHÉANCE 2022

Initialement prévu pour 2019, le renforcement du système actuel d'authentification des connexions bancaires par sms attendra 2022, le gouvernement ayant accordé un délai supplémentaire aux banques pour l'application de la directive DSP2.

ERREURS DE CALCUL DU TAEG

L'UFC-Que Choisir entendue !



F. CRUSIAUX/REA

Victoire! L'ordonnance signée par le président de la République, au cœur de l'été, en matière de taux annuel effectif global (TAEG) des crédits, vient répondre aux vives critiques formulées par l'UFC-Que Choisir. Notre association, en effet, contestait le projet initial du ministère de l'Économie et des Finances qui entendait piétiner une jurisprudence favorable aux consommateurs. Beaucoup trop favorable, aux yeux du lobby bancaire... Pour rappel, le TAEG est l'indicateur

qui permet aux emprunteurs de connaître le coût total de leur crédit (intérêts et frais compris). Cela en fait donc la pierre angulaire du marché: sa justesse est la condition d'une saine concurrence entre établissements prêteurs, et plus largement un droit des consommateurs. Voilà pourquoi l'UFC-Que Choisir combat depuis longtemps les erreurs de calcul récurrentes des banques... Et se félicite de cette jurisprudence qui prévoit la déchéance du droit aux intérêts, pour le prêteur, en cas d'erreur de sa part.

Le ministère de l'Économie et des Finances entendait pourtant, en catimini, offrir un blanc-seing aux établissements bancaires. Il voulait plafonner les sanctions des banques fautives à 30% seulement des intérêts, avec, qui plus est, une application rétroactive de cette régression des droits des consommateurs... Fruit d'un lobbying bancaire incisif, ce projet était aussi incompréhensible qu'inacceptable! L'UFC-Que Choisir, avec d'autres structures, s'est donc mobilisée auprès de l'exécutif pour lui faire entendre raison. Message reçu. ♦

TENDANCE

Franc comme l'or

C'est peu de le dire, le métal jaune a la cote. Pas moins de 1 500 dollars l'once (31,1 g) au 31 août, soit 1 350 euros environ. L'or aura ainsi gagné près de 20% en valeur depuis le début de l'année. Une bonne nouvelle? Pas forcément. Car l'or, c'est bien connu, est une valeur refuge. Un refuge face aux rendements aléatoires de la Bourse, actuellement embourbée dans les menaces de récession, un refuge aussi face aux rendements décourageants des produits d'épargne classique, à commencer par les supports obligataires aux taux négatifs (*lire aussi p. 32*). Voilà pourquoi beaucoup se ruent sur l'or. Et cela tombe bien, car les Français en possèdent, eux qui ont pour habitude de conserver le précieux métal en cas de «coup dur». Il ne s'agit pas forcément de lingots, mais plus simplement d'une chaîne, d'une bague, voire de quelques dizaines de grammes d'or... dentaire. L'acheteur? La banque, le bijoutier, le comptoir d'achat. Qui déduira une taxe de 11,5% avant de remettre le chèque au vendeur. Et d'envoyer tous ces souvenirs à la fonderie... ♦



L. LE CARPENTIER/REA

COMPLÉMENT

Ce qui va changer en 2020

LA RÉFORME DU RESTE À CHARGE ZÉRO ENTRERA EN VIGUEUR EN JANVIER PROCHAIN. ELLE ENTRAÎNERA DES MODIFICATIONS IMPORTANTES DANS LA STRUCTURE ET LES GARANTIES DES CONTRATS D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ. TOUS LES ASSURÉS SONT CONCERNÉS. NOTRE DOSSIER VOUS EXPLIQUE CE QUI VA CHANGER EN 2020 ET VOUS DONNE LES CLÉS POUR GÉRER AU MIEUX VOTRE COUVERTURE SANTÉ.

PAR **ROSELYNE POZNANSKI**
ILLUSTRATIONS **MH**



AIRE SANTÉ

8

VOS SOINS EN 2020

Optique, prothèses dentaires, aides auditives...

13

CONTRATS RESPONSABLES

Ce qu'il faut savoir avant de souscrire

14

LISIBILITÉ DES CONTRATS

Une véritable avancée ?

16

PAROLE D'EXPERT

L'éclairage de Mathieu Escot de l'UFC-Que Choisir

17

RÉSILIER SON CONTRAT

Bientôt la liberté !

18

CONTRATS SENIORS

Le très juteux marché des retraités

23

ALLÉGER SON BUDGET

Les 8 bonnes pratiques

28

MÉDECINES DOUCES

Sur quels remboursements compter ?

30

ACTION SOCIALE

L'autre versant (intéressant) des contrats santé

31

CONTRATS HOSPITALISATION

Avantages et inconvénients

Si les Français, à plus de 95 %⁽¹⁾, disposent d'une assurance complémentaire santé privée, c'est que se soigner coûte de plus en plus cher. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en hausse constante, est ainsi évaluée à 2977 € par personne en 2017⁽²⁾. Or l'Assurance maladie, en quête d'économies, ne rembourse pas tout, même si elle intervient à hauteur de 78 % dans le financement des dépenses de santé des Français. Mais surtout, elle ne les couvre pas toutes de la même façon. Elle est par exemple très impliquée dans la prise en charge des soins hospitaliers, et nettement moins dans celle des soins de ville ou des médicaments. D'où l'intérêt d'une complémentaire santé. Et ce, même si les cotisations ont grimpé de 47 % depuis 2006 pour s'établir, en 2018, à 687 € en moyenne par personne et par an, selon une récente étude de l'UFC-Que Choisir.

LE RESTE À CHARGE ZÉRO VA TOUT BOUSCULER

Aussi utile soit-elle, une assurance santé est tout sauf simple à maîtriser ! Car, au-delà des innombrables BR, ou bases de remboursement déterminées acte par acte par l'Assurance maladie, les contrats n'ont cessé « *de se transformer, de se normer et de se complexifier à l'ombre d'une réglementation dite responsable* », observe Pierre François, directeur général de Swiss Life prévoyance et santé. Une réglementation certes indispensable mais contraignante, mouvante, donc de moins en moins lisible. Avec la mise en place du reste à charge zéro (ou RAC 0), 2020 ne sera pas une année comme les autres. L'objectif de la réforme « 100 % santé » qui s'annonce est de rembourser intégralement certains équipements d'optique et certaines aides auditives et prothèses dentaires. Elle va donc dans le sens d'un élargissement de l'accès aux soins, ce qui est positif. Mais chacun devra comprendre les nouvelles règles qui vont modifier la trame de tous les contrats du marché, individuels ou collectifs, et leur impact sur les remboursements. Cette évolution de la réglementation pourrait également influencer les comportements et, in fine, entraîner des hausses de cotisations. Faisons le point. ♦





OPTIQUE

Hausses et baisses conjuguées

Dès le 1^{er} janvier prochain, un opticien devra commercialiser au moins 17 modèles de montures, en deux coloris, à un prix égal ou inférieur à 30 €. Il devra aussi proposer des verres simples, progressifs ou très complexes, amincis, avec traitement antireflet et anti-rayure, répondant à plusieurs normes techniques. Tous les assurés auront accès à cette nouvelle offre au référentiel du RAC0 (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019), quel que soit leur contrat santé responsable (collectif ou individuel) et son niveau de garantie. Il est à noter qu'elle n'a rien à voir avec les offres actuelles « sans reste à charge » des opticiens affiliés à certains réseaux de soins (lire p. 25), qui rencontrent un vrai succès. Christophe Lafond, vice-président de la MGEN, explique ainsi que « 30 % des adhérents qui se sont rendus en 2017 et en 2018 chez un opticien agréé n'ont eu aucun reste à charge en optique ».

Avec la mise en place du RAC0, les personnes disposant d'un contrat limité à la seule prise en charge du ticket modérateur (ou bénéficiant de la CMU-C) verront leur couverture optique augmenter considérablement. « Cette nouvelle réglementation oblige à reconsidérer les premiers niveaux de garantie, indique Jean-Michel Courtant, directeur développement et marketing à la Macif. Ils vont devenir plus couvrants. » Ainsi, avec une formule de base, ou formule ticket modérateur, un assuré qui débourse aujourd'hui 100 € pour ses

En
2020

Votre opticien devra vous présenter deux devis :

- > **Un devis « panier 100 % santé »** permettant le remboursement intégral des lunettes de vue (jusqu'à 30 € pour la monture, prix plafonnés pour les verres) ;
- > **Un devis « prix libres »**, avec une prise en charge de la monture dans la limite de 100 € par l'assurance santé complémentaire.

lunettes (monture + deux verres simples de faible correction pour adulte avec traitements de surface) reçoit en tout 7,42 € de l'Assurance maladie et de son assureur santé réunis, soit un reste à charge de plus de 92 € ! Demain, pour le même achat, le tarif maximal et global de ses lunettes 100 % santé sera de 95 €. Mais surtout, elles seront intégralement remboursées.

DES LUNETTES PLUS CHÈRES POUR CERTAINS

Pour l'assuré qui le souhaite, cette offre RAC0 n'exclut en rien celle dite du « panier libre », non labellisée 100 % santé, mais en tout point identique à celle qui existe actuellement, avec des tarifs déterminés par les opticiens eux-mêmes, pour les montures et les verres. Comme aujourd'hui, vous bénéficiez d'un remboursement (modique) de la Sécurité sociale. Et de la prise en charge forfaitaire de votre mutuelle pour la monture d'une part et pour les verres correcteurs d'autre part, sachant que cette prise en charge est plus ou moins généreuse selon le niveau de garantie de votre contrat. Mais il y a une seconde facette à la réforme sur ce point. Dès le 1^{er} janvier 2020, tous les contrats santé responsables devront en effet respecter divers planchers et plafonds de remboursement fixés par les pouvoirs publics en fonction de la correction visuelle. Globalement, il s'agit d'une fourchette de 50 à 800 €,

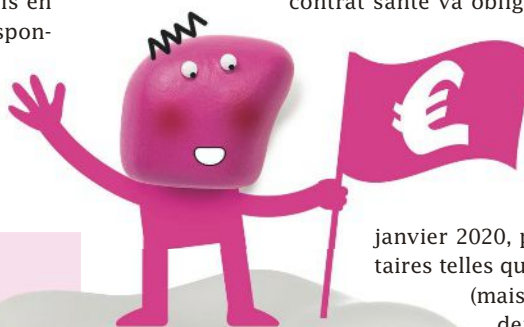


avec une prise en charge des montures limitée à 100€ tous les deux ans pour un adulte ou un jeune de plus de 16 ans (sauf évolution de la vue et prescription médicale), contre 150€ jusqu'à présent. «Pour les personnes qui choisiront un équipement dans le panier libre, il y aura un reste à charge qui n'existait peut-être pas auparavant, du fait d'un resserrement des plafonds de garantie», souligne Stéphane Mary, directeur technique santé prévoyance chez Generali France. Cette partie de la réforme, qui a été moins mise en avant (mais qui a fait l'objet de négociations avec les professionnels), sera donc pénalisante pour ceux qui préféreront une monture de marque à un produit à bas coût, même s'ils sont couverts par un contrat haut de gamme – en 2017, 41 % des montures se vendaient plus de 150€⁽³⁾. Petite consolation : dès le début de l'année prochaine, la réglementation vous autorisera à choisir une monture peu chère, dans le cadre du 100% santé, et des verres dans le panier libre, ou inversement. Pour être remboursé au mieux, vous devrez donc regarder attentivement les forfaits dont vous pourrez vous prévaloir sur ces deux postes. Enfin, les examens visuels simples effectués dans le cadre du renouvellement d'une ordonnance et les prestations d'appairage des opticiens (lorsque les verres sont différents) seront intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et les contrats responsables, sous réserve que l'intégralité de l'équipement choisi soit bien 100% santé. Quand ce ne sera pas le cas, les assureurs auront toute latitude pour couvrir ou non ces frais.

En 2020

Votre dentiste vous proposera jusqu'à trois devis :

- > **Un devis «panier 100% santé»** incluant un remboursement intégral des besoins courants : prothèse fixe ou mobile (matériau céramo-métallique, céramique monolithique...), adaptée à la localisation de la dent (dent «visible» ou dent «non visible») ;
- > **Un devis «reste à charge maîtrisé»**, avec des tarifs encadrés pour une dépense modérée ;
- > **Un devis «prix libres»**, pour un large choix de techniques et de matériaux, sans plafonnement de tarifs.



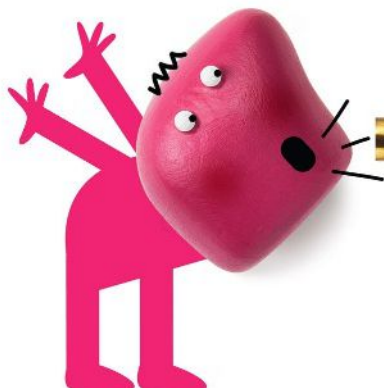
PROTHÈSES DENTAIRES

Des assurés gagnants

Deuxième volet de la réforme du RAC0, celui qui concerne les soins et les prothèses dentaires. L'État et les syndicats de chirurgiens-dentistes ont signé, en 2018, un accord (arrêté du 20 août 2018, JO du 25 août) pour revaloriser les soins conservateurs et plafonner le prix des prothèses, tout en offrant parfois une prise en charge intégrale. Ainsi, en avril dernier, les bases de remboursement de certains soins ont été réévaluées (scellement des sillons et fissures, traitement des caries...), et des actes de prévention jusque-là ignorés par l'Assurance maladie sont désormais pris en charge (actes de parodontologie pour les gencives, par exemple). À l'évidence, les dentistes sont gagnants mais les assurés devraient l'être aussi, puisque leur contrat santé va obligatoirement compléter le remboursement de la Sécurité sociale sur ces postes.

TROIS OPTIONS AU CHOIX

Pour autant, le plus important reste à venir. À partir de janvier 2020, pour certaines prothèses dentaires telles que les couronnes ou les bridges (mais pas les implants, dont les tarifs demeurent librement fixés par le dentiste), chaque assuré aura trois options. Il pourra se diriger vers le panier 1, celui du RAC0, ou vers le panier 2, dit à «tarifs maîtrisés», dont la ➔

En
2020

Votre audioprothésiste devra vous proposer deux devis :

- > **Un devis «panier 100% santé»** permettant le remboursement de la totalité de vos prothèses, dans la limite de 1 100 € par oreille pour un adulte. En 2021, ce plafond passera à 950 € par oreille pour un adulte (tous les 4 ans au maximum) ;
- > **Un devis «prix libres»** : le montant cumulé remboursé par la Sécurité sociale et la complémentaire santé sera plafonné à 1 700 € par oreille.

EXOPXEL/ADOBE STOCK - MH

→ vocation est de limiter le reste à charge. Il pourra également choisir un équipement dans le panier 3, c'est-à-dire celui des soins à «tarifs libres» tel qu'il existe déjà mais sans cette dénomination. Dans le panier RAC0, il sera par exemple possible de vous faire poser sur une dent visible (incisive, canine...) une couronne en céramique, ou en métal recouvert de céramique, dans la limite d'un prix plafond de 500 € (ou de 440 € pour une couronne en zircone), quel que soit le niveau de garantie de votre contrat. Aujourd'hui, pour une telle couronne et selon les données du ministère de la Santé, le reste à charge s'étend de 195 à 545 € en fonction du prix moyen facturé (550 € à 900 € selon les régions). Pour une dent non visible (prémolaire ou molaire), la réforme prévoit, là encore, un reste à charge zéro mais uniquement pour une couronne métallique, avec un prix maximal de 290 €. Si votre dentiste ne pose plus ce genre de couronne (ce qui est assez fréquent) ou si vous souhaitez de la céramique, vous devrez donc, comme aujourd'hui, payer les dépassements d'honoraires correspondants. Ils seront ou non pris en charge, partiellement ou totalement, par votre assureur santé. Plus que pour l'optique, cette partie de la réforme «est relativement compliquée à comprendre. Tout dépend en effet de la position de la dent, du matériau choisi mais aussi, et c'est plus aléatoire, de la pratique de chaque professionnel», détaille Nathalie Thool, directrice technique santé et prévoyance chez Allianz France. Selon cette même logique, mais en 2021 seulement, le RAC0 vaudra aussi pour les dentiers en résine, avec un prix plafond de 1 100 €.

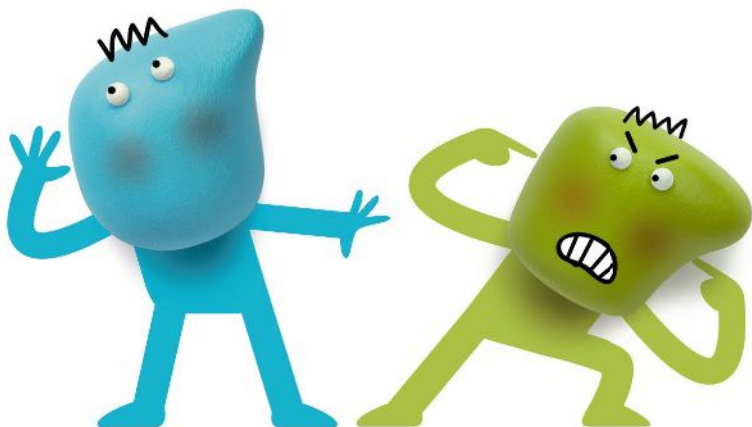
AIDES AUDITIVES

Une avancée sociale

Un des vœux de la réforme 100% santé est de donner la possibilité à des personnes malentendantes de s'équiper d'une aide auditive (contour d'oreille classique, contour d'oreille à écouteur déporté ou prothèse intra-auriculaire), à moindre coût en 2020, puis sans aucun reste à charge à partir de 2021. Sachant qu'ici, plus que pour les équipements optiques ou dentaires, il s'agit de combattre le renoncement aux soins. En effet, selon le ministère de la Santé, 3 millions de personnes (âgées pour la plupart) devraient être appareillées et ne le sont pas. La raison ? Les prises en charge actuelles sont déconnectées des prix et, de fait, l'assuré doit déboursier au moins 850 € par oreille, sous réserve d'avoir une complémentaire santé généreuse (ce qui suppose des cotisations relativement élevées) !

MEILLEURE COUVERTURE

Depuis le début de l'année, le prix des prothèses auditives est encadré. Elles sont classées en deux catégories. La première, celle du 100% santé, comprend des appareils moyen ou haut de gamme et un certain nombre de garanties associées. Leur prix, plafonné, va diminuer avec le temps : 1 300 € par oreille cette année, 1 100 € en 2020 et 950 € en 2021 pour les adultes de plus de 20 ans (1 400 € pour les moins de 20 ans). Parallèlement, la prise en charge de la Sécurité sociale va augmenter : 180 € par oreille cette année, 210 € l'an prochain et 240 € en 2021, ce qui conduira à un reste à charge nul après financement de la Sécurité sociale et des assureurs santé. La seconde catégorie vise des appareils à tarifs libres, hors panier 100% santé. Leur prise en charge par la Sécurité sociale va s'aligner au fil du temps sur celle de l'offre 100% santé, mais le total des remboursements



(Sécurité sociale + complémentaire santé) sera plafonné à 1 700 € par oreille. Il s'agit plutôt d'une bonne nouvelle. *«Ce pan de la réforme va bénéficier en priorité aux personnes qui ne peuvent pas se prévaloir d'un contrat collectif pour lequel, traditionnellement, les garanties, et donc les remboursements, sont plus élevés. Les seniors sont concernés en premier lieu, car aujourd'hui, même s'ils ont un contrat haut de gamme, leur reste à charge demeure important»*, constate Stéphane Mary.

ASSUREURS

Ils adaptent et clarifient leurs offres

On le voit, la réforme du 100 % santé, technique et peu aisée à appréhender d'emblée, ne déroge pas à la règle de la complexité. Et les assureurs sont en première ligne. D'une part, ils doivent accompagner avec pédagogie leurs assurés; d'autre part, il leur faut rendre leurs contrats plus lisibles, conformément aux engagements pris par leurs fédérations professionnelles (*lire p. 14*). Ils doivent aussi revisiter tous leurs niveaux de garantie. Il s'agit en effet d'intégrer les modalités du RAC0 pour les nouvelles souscriptions à venir comme pour les contrats, individuels ou collectifs, à renouveler. Pour les moins couvrants, l'effet du 100 % santé sera important, mais pour les contrats aux garanties élevées, il sera moins sensible. Certains assureurs, c'est à noter, ont devancé la réglementation. À la Mutuelle centrale des finances ou chez Harmonie mutuelle, un assuré qui se rend chez un praticien conventionné par le réseau de soins partenaire peut, depuis quelques mois, bénéficier d'une offre sans reste à charge au moins en optique et en dentaire. À la Macif, depuis le début de l'année, un coup de pouce exceptionnel de 50 à 200 €, en fonction du type d'équipement, complète les remboursements des contrats d'entrée de gamme.



RÉFORMES

Une si longue liste...

La prise en charge des soins par les complémentaires santé ne cesse d'être remaniée depuis 20 ans. Quelques repères.

2000 Création de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire).

2004 Mise en place du parcours de soins coordonnés (le médecin traitant devient le point d'entrée dans le système de soins).

2005 Instauration de la participation forfaitaire de 1 € sur certains actes médicaux et création de l'ACS (aide pour une complémentaire santé).

2006 Première définition du contrat responsable, contrat d'assurance santé devant respecter un cahier des charges fixé par la réglementation.

2013 Accord national interprofessionnel (ANI), qui instaure une couverture complémentaire santé d'entreprise pour tous les salariés (avec prise en charge obligatoire par l'employeur à hauteur de 50 % au moins).

2015 Nouveau cahier des charges des contrats responsables individuels (panier minimal de garanties, planchers et plafonds de prise en charge applicables à certains postes de soins...), réforme de l'ACS.

2016 Apparition des remboursements différenciés pour les consultations en fonction de l'adhésion ou non du médecin au CAS (contrat d'accès aux soins).

2017 Mise en place de l'Optam (Option de pratique tarifaire maîtrisée) pour les spécialistes de secteur 2 et de l'Optam-Co pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens, et obligation pour les contrats responsables de proposer le tiers payant.

2018 Principe de la réforme du 100 % santé; nouveau cahier des charges des contrats responsables; hausse à 20 € du forfait journalier hospitalier; majoration à 24 € du forfait actes lourds.

2019 Entrée en vigueur progressive de la réforme du 100 % santé, remplacement de l'ACS par une CMU-C dite contributive, car soumise à participation financière.

2020 Prise en charge à 100 % de certains postes de soins par les complémentaires santé responsables.

➔ LE TICKET MODÉRATEUR VA DEVENIR RARE

«L'impact de cette réforme est tout aussi important que le fut celui de la dernière mise en conformité des contrats responsables, en 2015, pour laquelle nous avons revu toutes les garanties», souligne Christophe Harrigan, directeur général de la Mutuelle générale. Mais il y a aussi des «effets secondaires». Tous les assureurs continueront bien sûr à proposer plusieurs niveaux de garantie, à ceci près que le plus bas, qui est actuellement celui du ticket modérateur, va disparaître chez beaucoup d'entre eux. Pour une raison simple: s'il est maintenu tel quel, sans intégration du RAC0, ce contrat deviendra automatiquement «non responsable». Inenvisageable pour certains assureurs comme Christophe Lafond, «surtout pour un contrat d'entrée de gamme, généralement souscrit par des personnes qui n'ont pas les moyens de faire face à des restes à charge importants». Pour d'autres, comme Ludovic Cohen, directeur de l'écosystème Ma santé d'Allianz France, un raisonnement différent prévaut. Il dit «avoir beaucoup débattu de la question en interne avant de décider de continuer à proposer ce niveau de garantie à certains profils, notamment les jeunes, qui souhaitent couvrir uniquement leurs dépenses courantes. Il vaut mieux qu'ils puissent le faire plutôt que d'y renoncer totalement pour des questions de coût.» À l'autre bout de la chaîne, on pourrait voir apparaître davantage de contrats non responsables, très haut de gamme, pour répondre au fort besoin de couverture santé chez certaines personnes qui ne regardent pas à la dépense. En effet, comme le constate Gérard Monchanin, directeur santé et prévoyance du particulier chez April, «c'est sur le marché du non-responsable que nous avons désormais la capacité de proposer des prises en charge différentes».

CONSOMMATION DE SOINS

Un essor prévisible

La réforme du reste à charge zéro va très probablement entraîner un changement de comportement chez certains assurés, pour qui l'offre 100% santé sera – et c'est son but – assimilée à une opportunité de se soigner. Plus précisément, pour Pierre François, directeur général de Swiss Life France prévoyance et santé, «tout va dépendre de la fréquence à laquelle les assurés vont recourir aux offres sans reste à charge. Par exemple, l'impact de la réforme sera faible pour des jeunes qui bénéficient d'un contrat d'entreprise aux garanties élevées. En revanche,

CMU-C ET ACS

Les deux dispositifs fusionnent

Aujourd'hui, une personne seule avec 746€ par mois de ressources (1 119 € pour un couple) qui réside en France peut bénéficier de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) pour faire face à divers restes à charge: ticket modérateur, forfait journalier hospitalier et participations forfaitaires notamment. Avec des ressources supérieures (1 007 € par mois pour une personne seule et 1 510 € pour un couple), elle peut bénéficier de l'ACS (aide pour une complémentaire santé), dédiée au choix d'un contrat sélectionné par l'État, avec trois niveaux de garantie (et donc de cotisation), dont le montant annuel (de 100 à

550€) varie selon l'âge.

Le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS fusionnent pour donner naissance à la CSS (Complémentaire santé solidaire), qui sera gratuite pour les actuels bénéficiaires de la CMU-C et soumise à participation financière pour les personnes éligibles à l'ACS: 14€/mois entre 30 et 49 ans, 21€/mois entre 50 et 59 ans, 25€/mois entre 60 et 69 ans, et 30€/mois pour les plus de 70 ans. Ses garanties seront celles de la CMU-C, avec intégration progressive des offres 100% santé en optique et dentaire. L'offre audio sans reste à charge sera pour sa part accessible dès le 1^{er} novembre prochain, et non début 2021.

il sera très fort pour des personnes plus âgées ayant opté pour des garanties individuelles modestes et qui, demain, pourront se soigner plus facilement.» Cette «fréquence» sera analysée en fin d'année prochaine, puis à nouveau en 2021, année au cours de laquelle l'offre audio, que tous les assureurs santé interrogés pronostiquent comme étant celle à laquelle les assurés devraient recourir le plus, sera pleinement prise en charge.

LES COTISATIONS DEVRAIENT AUGMENTER

La croissance annoncée du recours aux soins va naturellement induire plus de remboursements de la part des assureurs. Avec, à n'en pas douter, des augmentations de cotisations. Dès fin 2018 d'ailleurs, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, sommat les assureurs de les «contenir» et de ne pas intégrer par avance les effets du 100% santé. Une chose est sûre: même s'il est certain qu'elles varieront d'un organisme complémentaire à l'autre, ces hausses ne devraient pas tarder. «La réforme est un tout, tempère Albert Lautman, directeur général de la Mutualité française. Pour de nombreuses personnes qui renoncent aujourd'hui à des soins, elle va permettre de s'équiper. Et cela justifie quelques euros de cotisation en plus.» Reste à espérer que ces hausses ne soient ni élevées ni brutales, mais étalées dans le temps. À l'instar de la réforme elle-même. ♦

(1) Source: «La complémentaire santé», édition 2019, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

(2) Source: «Les dépenses de santé», édition 2018, DREES.

(3) Source: «Réforme des contrats responsables en optique», décembre 2018, DREES.



CONTRATS RESPONSABLES

Ce qu'il faut savoir avant de souscrire

LA QUASI-TOTALITÉ DES CONTRATS D'ASSURANCE SANTÉ INDIVIDUELS OU COLLECTIFS SONT « RESPONSABLES » ET « SOLIDAIRES ». À CE TITRE, ILS RÉPONDENT À CERTAINES OBLIGATIONS ET INTERDICTIONS FIXÉES PAR LA RÉGLEMENTATION.

Premier critère, l'état de santé. En la matière, aucune sélection médicale ne peut être réalisée lors de la souscription d'une complémentaire santé, individuelle ou collective (décrets n° 2014-1374 et suivants). Il est donc parfaitement possible d'adhérer à n'importe quel moment, même si l'on est gravement malade. En revanche, augmenter le niveau de ses garanties n'est actuellement possible qu'à l'échéance annuelle du contrat. Avec la résiliation infra-annuelle (à tout moment au bout d'un an) qui se profile (voir p. 17), cette limitation devrait disparaître.

ÂGE LIMITE DE SOUSCRIPTION

La réglementation n'a rien prévu sur ce point. Certains contrats comportent des seuils d'âge à l'adhésion (74 ans chez LCL ou 80 ans chez Swiss Life, par exemple). D'autres n'ont aucune limite contractuelle mais, dans les faits, la personne qui souhaite s'assurer doit bénéficier d'une garantie préalable. À défaut, la souscription n'est possible qu'au cas par cas, avec application de délais de carence pour les prises en charge les plus coûteuses.

OBLIGATIONS DE REMBOURSEMENT

Un panier minimal de garanties a été défini. Il pose le principe du remboursement obligatoire de l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale (sauf frais de cure thermique et médicaments au service médical faible ou modéré, pour lesquels

la prise en charge dépend des contrats) et du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée (prise en charge nulle pour les structures médico-sociales).

LIMITES DE REMBOURSEMENT

Les équipements optiques peuvent être pris en charge, de 50€ à 850€ au maximum, selon les corrections (dont 150€ de monture jusqu'au 31 décembre 2019, puis 100€ à compter du 1^{er} janvier 2020). La prise en charge des dépassements d'honoraires est également très encadrée (voir p. 23 - *Alléger son budget*) pour les médecins non adhérents à l'Optam (Option de pratique tarifaire maîtrisée).

INTERDICTIONS DE REMBOURSEMENT

Elles sont multiples: participation forfaitaire de 1€ (sur les consultations, actes médicaux,

actes de biologie médicale et examens radiologiques, dans la limite de 50€ par an et par personne), franchise médicale de 0,50€ (sur les médicaments, actes effectués par un auxiliaire médical et transports sanitaires, dans la limite de 50€ par an et par personne) et majoration du ticket modérateur pour les consultations effectuées hors parcours de soins coordonnés (voir p. 24). Aucun dépassement d'honoraires n'est pris en charge pour les bénéficiaires d'un contrat ACS ou de la CMU-C.

TAXES ET FISCALITÉ

Chaque contrat est assujéti à une taxe spéciale sur les conventions d'assurances de 7% au lieu de 14%, ce qui lui permet d'être immédiatement moins cher qu'une même version « non responsable » (au total, les taxes applicables aujourd'hui sont respectivement de 13,27 % et de 20,27%). Par ailleurs, seuls les contrats responsables peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale des cotisations dans le cadre de la loi Madelin, et d'avantages sociaux et fiscaux spécifiques lorsqu'ils sont proposés dans le cadre de l'entreprise. ♦



LISIBILITÉ DES CONTRATS

Poudre aux yeux ou véritable avancée?

À LA FAVEUR D'UN CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE NOUVEAU, LES ASSUREURS SANTÉ SE SONT ENGAGÉS À CLARIFIER LEURS CONTRATS. LE PROGRÈS ANNONCÉ SERA-T-IL AU RENDEZ-VOUS ?

Pour être indispensables, les assurances complémentaires santé n'en sont pas moins énigmatiques, et de longue date, sur les remboursements qu'elles peuvent octroyer ou non aux assurés ! Ce constat atterrant, qui vaut pour les contrats collectifs et individuels, a été dénoncé à de nombreuses reprises par l'UFC-Que Choisir. Comment comprendre, en effet, alors que l'on souhaite se soigner au mieux tout en veillant à ne pas dépasser le budget santé que l'on s'est fixé, que l'on va par exemple percevoir jusqu'à 200 % de la BR (base de remboursement de la Sécurité sociale) pour une consultation de spécialiste payée 60 € ? Sauf à maîtriser les formulations et autres abréviations pour le moins compliquées de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf à connaître par cœur les innombrables tarifs de convention passés avec les médecins, il y a fort à parier que l'on ne va pas y comprendre grand-chose.

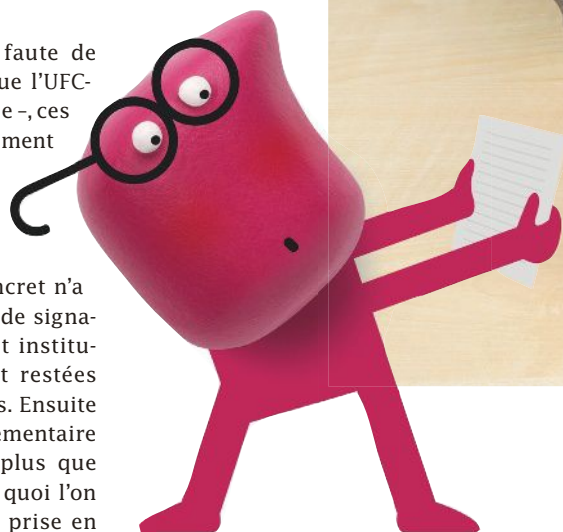
DE BONNES INTENTIONS... RESTÉES SANS SUITE

Cette situation, défavorable aux consommateurs, avait été pointée du doigt en 2009 par Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé et des Sports. L'Unocam, représentant de l'ensemble des opérateurs de l'assurance maladie complémentaire, avait répondu une année plus tard en s'engageant sur la mise en place de « bonnes pratiques » et sur une meilleure lisibilité des garanties des contrats d'assurance

santé complémentaire. Mais faute de caractère contraignant – ce que l'UFC-Que Choisir dénonçait à l'époque –, ces engagements sont malheureusement restés lettre morte.

Dix ans plus tard, ce dossier de la lisibilité des garanties revient sur la table. Pourquoi ? D'abord parce que rien de concret n'a vu le jour. Toutes les familles de signataires (assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance) en sont restées au stade des bonnes intentions. Ensuite parce qu'avec un contexte réglementaire nouveau et complexe, il est plus que jamais nécessaire de savoir à quoi l'on peut prétendre en matière de prise en charge. Tout comme il devient urgent de connaître clairement ce à quoi on pourra prétendre demain, avec la mise en place de la réforme du reste à charge zéro (RAC 0), dont une grande partie entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier prochain). Enfin parce que si les pouvoirs publics, qui viennent de voter la possibilité d'une résiliation infra-annuelle (voir

~~~~~  
*Dix années  
d'inertie, pointée  
du doigt par  
l'UFC-Que Choisir*  
~~~~~



p. 17), ne permettent pas aux personnes concernées de le faire en connaissance de cause, cette disposition ne pourra pas pleinement s'appliquer !

DES BASES POUR JUGER

Qu'est-ce qui devrait changer cette fois ? Outre l'harmonisation du libellé des principaux postes de garantie – point important mais qui ne pose pas vraiment problème dans la mesure où beaucoup de contrats présentent déjà leurs prestations selon les divers types de soins (soins courants, hospitalisation, optique, dentaire...) –, l'évolution la plus intéressante concerne la façon même dont ces prestations seront désormais illustrées. Par exemple, aujourd'hui, la prise en charge d'une consultation médicale est exprimée



Chiffrés, comparables, les exemples aideront à l'interprétation

(30% x 23€ au titre du ticket modérateur, soit 6,90€, et jusqu'à 80% x 23€ au titre des dépassements, soit 18,40€). Son reste à charge sera, dans ce cas, de 14,60€ (+ 1€ au titre de la franchise).

CHANGEMENTS OPÉRATIONNELS DÉBUT 2020

Début 2020, «dans un délai cohérent et conforme à celui requis pour la mise en œuvre de la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée», peut-on lire dans l'engagement signé par l'Unocam et les fédérations professionnelles en février dernier, ces changements devraient en principe être opérationnels. En clair, tous les supports papier et Web devront comprendre des exemples chiffrés permettant la comparaison, élaborés soit à partir du tarif conventionnel ou réglementaire en vigueur, soit à partir du prix moyen national constaté pour différents actes à tarification libre (consultations, équipements optiques, couronne céramo-métallique...). Cette règle vaudra pour les contrats individuels ou collectifs dits responsables, quels que soient leurs niveaux de garantie. Pour les contrats non responsables (voir p. 13), elle sera effective début 2022 au plus tard. Chaque assureur est également invité à mettre en place des simulateurs permettant à ses assurés de connaître, en ligne, remboursements possibles et restes à charge. Enfin, et dans le cadre de la loi sur le droit de résiliation sans frais des complémentaires santé, il est prévu que l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), organisme chargé de la supervision des secteurs d'assurance, remette un premier rapport sur l'application des engagements d'ici un an. Histoire que tous ces efforts ne soient pas vains, encore une fois! ♦

R. VILLALON/ADOBE STOCK - MH

en pourcentage d'un tarif conventionnel (TC) ou d'une base de remboursement (BR): 100%, 150%, 200% ou encore 300%. Une façon de faire qui n'indique pas concrètement, c'est-à-dire en euros, à combien s'élève la prise en charge réelle de l'assureur complémentaire et, in fine, quel sera l'éventuel reste à charge pour le patient. Sans oublier que, sous couvert de pourcentages en apparence flatteurs (200% ou 300%, par exemple), les remboursements effectués par l'assureur complémentaire santé peuvent se montrer décevants lorsque la BR est extrêmement faible. C'est le cas pour les montures de lunettes, notamment, dont la BR est actuellement fixée à 2,84€ pour toute personne de plus de 18 ans! Demain, ces énoncés abscons devraient céder la place à des exemples chiffrés pour plus d'une dizaine de postes de soins, ce qui devrait permettre à chacun d'anticiper sans mauvaise surprise son reste à charge. Ainsi, pour une

consultation payée 44€ à un gynécologue adhérent à l'un des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam ou Optam-Co, qui remplacent depuis le 1^{er} janvier 2017 le Contrat d'accès aux soins), avec un contrat couvrant jusqu'à 200% de la BR (qui est de 30€ dans cet exemple), remboursement de l'Assurance maladie inclus, une patiente percevra 20€ de l'Assurance maladie obligatoire (70% x 30€ - 1€) + 23€ de son assureur santé (30% x 30€ au titre du ticket modérateur, soit 9€, + 100% x [44 - 30€] au titre des dépassements d'honoraires, soit 14€): son reste à charge sera donc nul (sauf 1€ de franchise). Pour une consultation à 56€ auprès d'un gynécologue n'adhérant pas à l'Optam ou à l'Optam-Co, avec un contrat couvrant 180% de la BR (voir p. 13 - Contrats responsables), cette même patiente percevra 15,10€ de l'assurance maladie obligatoire (sur une BR fixée à 23€ cette fois) + 25,30€ de son assureur santé

“**PAROLE D'EXPERT** « Le consommateur sera plus mobile et mieux éclairé »

DIRECTEUR ADJOINT DE L'ACTION POLITIQUE ET RESPONSABLE DES ÉTUDES À L'UFC-QUE CHOISIR, MATHIEU ESCOT DÉTAILLE LES MESURES QUI VONT ENTRER EN VIGUEUR AVEC LA RÉFORME « 100 % SANTÉ ».

QCA : Que pensez-vous de l'instauration du reste à charge zéro ?

Mathieu Escot : Cette réforme va permettre à tous les Français d'avoir accès, sans aucun reste à charge, à trois prestations de santé pour lesquelles les renoncements à se soigner sont fréquents. De surcroît, c'est une avancée sociale qui évite l'écueil de la basse qualité. Mais il y a tout de même un bémol, à propos duquel nous avons alerté les pouvoirs publics. Le reste à charge zéro, en effet, va obliger les organismes complémentaires à rembourser des centaines de millions d'euros supplémentaires par rapport à aujourd'hui. On ne peut pas imaginer que cela soit sans impact sur les cotisations.

QCA : Le libellé de certaines garanties va être modifié. Seront-elles vraiment plus « lisibles » ?

M.E. : Il y a là un véritable enjeu, car l'assurance santé est particulièrement difficile à comprendre et, de toute évidence, beaucoup de consommateurs sont perdus. Par nature, ces contrats sont compliqués et l'Assurance maladie ne fait rien pour les simplifier. De ce fait, les tableaux de garanties sont devenus complexes, voire illisibles... Pour remédier à cette situation, des engagements pour une meilleure

lisibilité ont été pris en 2018 et en 2019. Nous émettons deux réserves, cependant. D'une part, ces engagements ont été pris par les fédérations et non les organismes complémentaires eux-mêmes. Ces derniers ne sont donc pas réellement tenus de les respecter. D'autre part, les exemples de garanties que les assureurs fourniront en euros, et non plus en pourcentages, ne seront pas standardisés. C'est dommage ! Nous aurions souhaité quelque chose qui ressemble à l'extrait standard des tarifs bancaires où, quel que soit l'établissement,

les informations fournies sont les mêmes et sont livrées dans le même ordre.

QCA : La réglementation va obliger les assureurs à indiquer leur taux de redistribution. En quoi est-ce utile ?

M.E. : Ce taux indique le pourcentage moyen des primes reversées aux assurés sous forme de remboursements. Il vaut pour tous les souscripteurs d'un même contrat, de façon non individuelle. Cette information sera communiquée lors de la signature. Les consommateurs pourront ainsi avoir une idée précise des frais de gestion et des marges de l'assureur. Avec les garanties et les cotisations, ce sera un élément de décision supplémentaire lors de la souscription.

QCA : Il sera bientôt possible de résilier son contrat santé à tout moment. Est-ce une bonne chose ?

M.E. : Oui, et nous avons argumenté en ce sens malgré de nombreuses positions contraires des professionnels, qui ont annoncé la fin prochaine de la mutualisation. Aujourd'hui, celle-ci ne se fait pas entre jeunes et moins jeunes mais, pour une même classe d'âge, entre personnes bien portantes et personnes malades. La réforme ne changera rien à cela. Il est intéressant de constater qu'il y a une conjonction d'éléments qui vont offrir plus de mobilité au consommateur, mais aussi et surtout, avec des garanties plus lisibles, une mobilité plus éclairée. ♦

~~~~~  
*Une idée précise  
des frais de gestion  
et des marges  
de l'assureur*  
~~~~~



L'HINI



RÉSILIER SON CONTRAT

Bientôt la liberté !

AUTRE NOUVEAUTÉ POUR 2020, LA POSSIBILITÉ DE METTRE FIN À TOUT MOMENT À SON CONTRAT. POUR LE PLUS GRAND BÉNÉFICE DES CONSOMMATEURS...

Même si le chemin a été long et semé d'atermolements, les parlementaires ont fini par adopter, en mai dernier, une mesure importante qui pourrait bien modifier la vie des assurés. Ces derniers vont en effet avoir la possibilité de résilier à tout moment, sans frais ni pénalité, après la première année de souscription, leur contrat santé complémentaire. Rappelons que c'est déjà le cas pour les contrats d'assurance auto, habitation et moto depuis le 1^{er} janvier 2015, date d'entrée en vigueur de la loi relative à la consommation (plus connue sous le nom de « loi Hamon »). L'adoption de cette prérogative nouvelle n'a pas été facile. Il a d'abord été envisagé de l'insérer dans le projet de loi Pacte (Plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises), avant qu'elle fasse finalement l'objet d'une proposition de loi à part entière. Elle a aussi, surtout, été fortement combattue par les mutuelles et les institutions de prévoyance. Pourquoi ? Parce qu'elles détiennent la part la plus élevée de souscripteurs individuels de 60 ans ou plus⁽¹⁾ et craignent, du fait de la loi, une mobilité excessive des assurés les plus jeunes. Selon elles, un tel mouvement se ferait au détriment des plus âgés et pourrait mettre à mal le principe de mutualisation... À l'inverse, la mesure a été soutenue par une partie des compagnies d'assurances, qui espèrent pouvoir gagner des parts de marché.

PAR COURRIER OU MÊME PAR E-MAIL

Désormais, il ne sera plus nécessaire d'attendre (au point de rater l'occasion, parfois...) la date anniversaire ou la date d'échéance de son contrat, souvent fixée



en fin d'année, pour pouvoir changer de complémentaire santé ou, de façon plus marginale, pour pouvoir y renoncer. À partir du 1^{er} décembre 2020, date ultime fixée pour l'entrée en vigueur de cette mesure, il sera en effet possible d'envoyer à tout moment à son assureur une lettre (de préférence recommandée) ayant pour objet de mettre fin à son contrat. On pourra également l'informer de cette décision par message sur « support durable » (envoi d'un e-mail, par exemple). La résiliation prendra effet un mois après la date de notification. Cette disposition vaut pour les contrats individuels comme pour les contrats collectifs souscrits par les entreprises pour

le compte de leurs salariés. Elle vaut aussi pour tous les organismes d'assurance complémentaire santé.

COUVERTURE ASSURÉE PENDANT LA PROCÉDURE

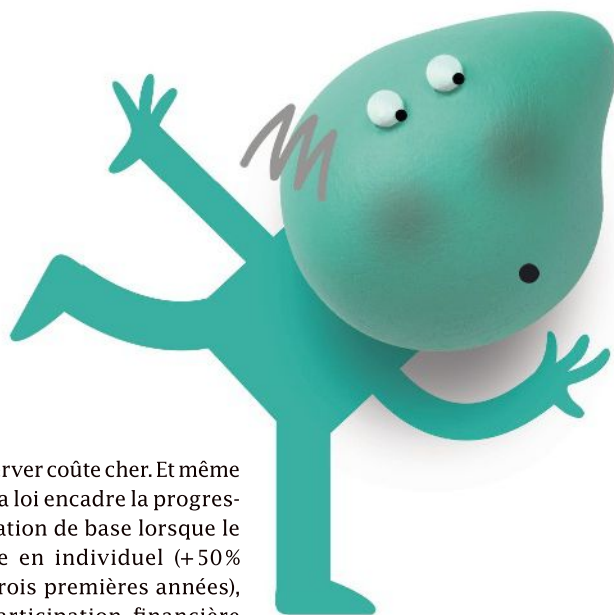
Plusieurs obligations, inscrites dans la loi relative à ce droit de résiliation, incombent aux assureurs. Conformément à la loi Hamon, le nouvel organisme choisi devra effectuer « les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation et [...] s'assurer de la permanence de la couverture de l'assuré durant la procédure ». Lorsque la résiliation sera effective, l'assureur sera tenu de rembourser les cotisations éventuellement versées en trop dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. À défaut, les sommes produiront, de plein droit, des intérêts de retard calculés selon le taux légal en vigueur. ♦

(1) Source : « La complémentaire santé », édition 2019, DREES.

CONTRATS SENIORS

Le très juteux marché des retraités...

LES SENIORS SONT LES PREMIERS SOUSCRIPTEURS DE CONTRATS SANTÉ INDIVIDUELS. PLUS QUE TOUT AUTRE PUBLIC, ILS DOIVENT CHOISIR LEUR COUVERTURE EN CONNAISSANCE DE CAUSE.



Les contrats estampillés «seniors» sont-ils différents des autres ?

Pas vraiment. À peu de chose près, ils comportent les mêmes garanties que les contrats collectifs ou individuels destinés à des publics plus jeunes - indépendants, salariés non couverts par un contrat d'entreprise... On y retrouve les grands postes de soins (consultation, hospitalisation, optique, dentaire...), mais pas les mêmes niveaux de garantie. C'est la différence essentielle, due au fait que les seniors «consomment» certains postes de soins de façon spécifique. Maxime Frossard, directeur technique produits chez Swiss Life France, explique ainsi que *«les plus de 55 ans consultent en moyenne 1,5 fois plus les spécialistes que les salariés actifs, et que statistiquement, ils sont hospitalisés 5 fois plus souvent en chambre individuelle.»* De ce fait, nombre de contrats seniors se distinguent par des prises en charge plus importantes sur des garanties ciblées: hospitalisation, cures thermales ou médecines douces, par exemple.

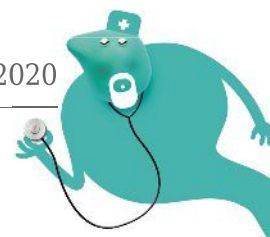
logique, le conserver coûte cher. Et même si depuis 2017, la loi encadre la progression de la cotisation de base lorsque le contrat bascule en individuel (+50% maximum les trois premières années), l'arrêt de la participation financière obligatoire de l'employeur, de 58% en moyenne⁽²⁾, a un effet brutal. Ensuite, certaines garanties autrefois intéressantes peuvent ne plus l'être pour un senior, comme la prime de naissance... Autrement dit, conserver son contrat d'entreprise amène (souvent) à payer pour des garanties devenues inutiles, mais surtout à se priver de meilleurs niveaux de remboursement sur des postes sensibles: hospitalisation, chirurgie optique réfractive, prothèses médicales... Il n'est donc pas étonnant, comme le fait remarquer Laurent Borella, directeur du pôle santé du groupe Malakoff Médéric Humanis, que *«du fait d'un budget limité, les salariés qui partent en retraite choisissent la plupart du temps un autre contrat»*.

Une fois à la retraite, faut-il conserver son contrat collectif ?

En théorie, oui. En réalité, les choses sont plus nuancées. D'abord, un contrat d'entreprise est souvent très généreux, avec une prise en charge des dépassements d'honoraires jusqu'à des niveaux très élevés. En toute

Pourquoi les tarifs augmentent-ils chaque année ?

Différents paramètres entrent dans le prix d'une complémentaire santé individuelle. L'âge, d'abord, y compris pour une majorité de mutuelles au sens strict du terme: aujourd'hui, seulement 3% des personnes couvertes par un contrat de mutuelle paient une cotisation qui ne dépend pas de l'âge, alors que ce n'était pas le cas



il y a quelques années encore. Ainsi, à garanties égales, une personne âgée de 75 ans paie en moyenne 3,4 fois plus qu'un jeune de 20 ans. De même, la cotisation bon-dit de 30% entre 60 et 75 ans⁽²⁾. Pourquoi? Parce que la consommation de soins s'accélère, même si les acteurs de la complémentaire santé ne rehaussent pas tous leurs tarifs de la même manière. L'augmentation liée à l'âge peut ainsi être appliquée année après année. Elle peut aussi n'être répercutée que tous les 5 ans, par exemple, ce qui garantit une certaine stabilité tarifaire à court et moyen terme, mais déclenche un fort surcoût lorsque l'on franchit un palier. Une pratique qui ne concerne pas les contrats collectifs, dont les tarifs peuvent par exemple être fixés en fonction des revenus des personnes couvertes, illustrant ainsi la politique sociale de l'entreprise.

Mais la hausse des tarifs dépend encore de bien d'autres facteurs, à commencer par l'évolution de la consommation globale de soins et de biens médicaux, en hausse de 1,3% en 2017⁽³⁾. En cause aussi, l'instauration de taxes nouvelles et les surplus ou transferts de charges liés à des évolutions réglementaires (l'instauration prochaine du 100% santé en est une), les résultats « techniques » des contrats (rapport entre les cotisations perçues et les prestations versées), ou encore

l'augmentation des frais de gestion. Et si la réglementation interdit les hausses individuelles de tarif basées sur l'évolution de la consommation ou sur l'état de santé de l'assuré, les seniors, du fait d'une prime de base plus élevée, sont évidemment les premiers touchés par les relèvements de cotisation.

Faut-il se tourner vers les contrats à options pour payer moins cher ?

À la mode depuis quelques années, les « options » ou « renforts » de garanties sont plutôt l'apanage des compagnies d'assurances (Swiss Life, Aviva...). Leur principe est simple : à la place d'un « menu » dont le prix augmente en fonction du nombre ou du niveau des garanties, on privilégie « à la carte » des postes de soins précis, généralement coûteux, et peu ou pas pris en charge par la Sécurité sociale : confort à l'hôpital, implants dentaires, médecines douces... Alléchante en apparence, car elle donne l'impression de « composer »



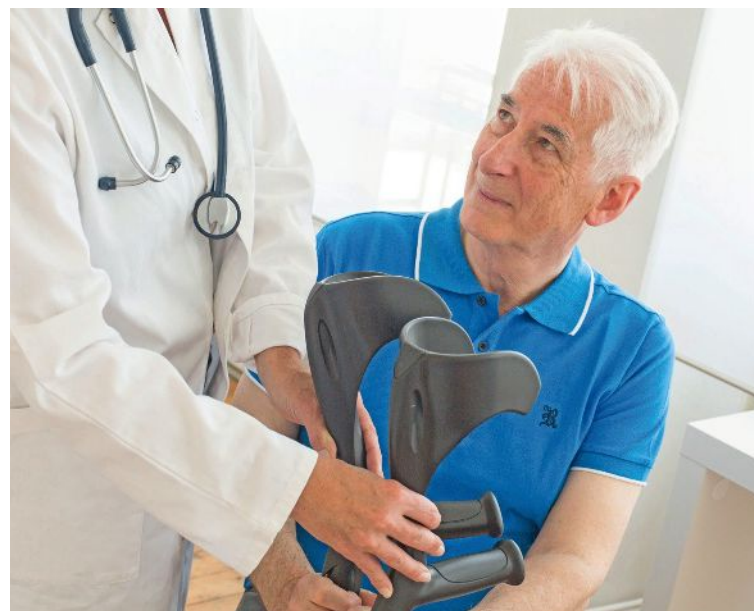
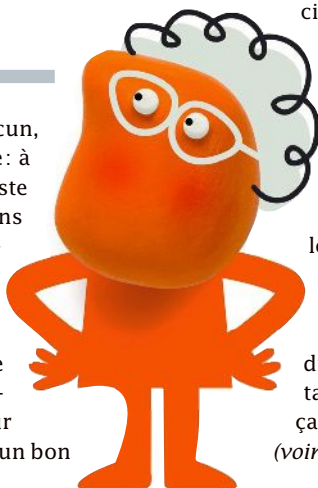
➔ son contrat santé, cette pratique coûte finalement plus cher à l'assuré. Pourquoi ? Tout simplement parce que s'il choisit tel ou tel surcroît de remboursement, c'est précisément qu'il va en avoir besoin à plus ou moins brève échéance. L'assureur sera donc davantage mis à contribution sur ces garanties, ce qui n'est statistiquement pas le cas lorsqu'elles font partie d'un package. *«Ce phénomène d'anti-sélection se traduit systématiquement par une surtarification, reconnaît Pierre François, directeur général de Swiss Life France prévoyance et santé. Toutefois, celle-ci doit être soigneusement dosée pour que d'autres personnes, en dehors de celles qui sont sûres de consommer ces garanties, y souscrivent aussi.»*

Les contrats qui prévoient un capital obsèques ou un volet dépendance sont-ils plus intéressants ?

A priori oui, mais a priori seulement. Car toute prestation supplémentaire, si minime soit son montant (200 € de capital obsèques, par exemple), se paie. *«Le risque de ce type d'ajouts, c'est la dérive du tarif, confirme Gérard Monchanin, directeur santé et prévoyance du particulier chez April. Plus il y a de garanties additionnelles, plus la cotisation augmente.»* Selon le professionnel, la bonne question à se poser est donc la suivante : *«Pour une enveloppe donnée, quelles sont les garanties qui se montrent vraiment utiles et celles qui le sont moins ?»*

Y a-t-il un âge où certaines garanties se montrent plus pertinentes ?

Tout dépend de l'état de santé de chacun, évidemment, mais une chose est sûre : à partir de 70 ans, statistiquement, le poste hospitalisation devient primordial. Dans ces conditions, au-delà du remboursement obligatoire et illimité du forfait journalier hospitalier (voir p. 13 – Contrats responsables), il convient de s'intéresser de près à la prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux (250 % ou 300 % pour un praticien adhérent à l'Optam-Co est un bon



BURGER/PHANIE

niveau) et au montant octroyé pour disposer d'une chambre particulière (50 € par nuit minimum, et attention aux limites de durée pour certains contrats). Il est également judicieux *«d'examiner la profondeur des prestations d'assistance, particulièrement importantes à ce moment-là»*, souligne Jean-Michel Courtant, directeur développement et marketing à la Macif. Exemples : intervention gratuite d'une aide ménagère, prise en charge d'un transport non médicalisé vers un cabinet médical, garde d'animaux, livraison de courses une fois revenu au domicile...

Faut-il renoncer à sa complémentaire santé lorsqu'on est en «ALD» ?

Même si les frais de soins (honoraires des praticiens, médicaments...) sont entièrement pris en charge par la Sécurité sociale lorsque l'on est atteint d'une affection longue durée (ALD), renoncer à une complémentaire santé dans de telles conditions n'est pas forcément un bon calcul. Pour quelle raison ? Parce qu'il n'est pas rare que d'autres pathologies surviennent en plus de l'ALD, ce qui entraîne, au bout du compte, une hausse significative des dépenses de santé. En l'occurrence, une solution consiste à diminuer son niveau de garantie en adoptant un contrat de base mais en renforçant, en parallèle, le poste hospitalisation (voir p. 31 – Contrats hospitalisation). ♦

Premiers concernés en matière de dépenses de santé, les seniors doivent étudier rigoureusement les garanties pour s'assurer la maîtrise de leur budget.

(1) Option de pratique tarifaire maîtrisée.

(2) Source : «La complémentaire santé», édition 2019, DREES.

(3) Source : «Les dépenses de santé en 2017», édition 2018, DREES.



LES CONTRATS INDIVIDUELS LES MIEUX ADAPTÉS À VOS BESOINS

Vous êtes une **FAMILLE MONOPARENTALE** à Clamart (92)**VOTRE PROFIL** Dépenses en optique et dentaire faibles / Contrat sans délai

	ASSUREUR	CONTRAT	FORMULE	REMBOURSEMENTS			DÉLAI D'ATTENTE	TARIF MENSUEL	NOTE GLOBALE
				👓	🦷	🏥			
1	MMA	Assurance santé Formule vitale	Niveau 3 – réseau	★★★	■	★	Oui/non *	57 €	★★★
2	MAAF	Vivazen	222 – réseau	★★★	■	★	Non	64 €	★★★
3	MGEN FILIA	Effcience santé	Évolution	★	★★	★	Oui	68 €	★★★★
4	GROUPAMA	Santé active 2	A2B2H2/222	★★	■	★★	Non	80 €	★★★★
5	CRÉDIT MUTUEL	Prévi Util' santé	Médium	★★	★★	★	Non	80 €	★★★
6	CRÉDIT AGRICOLE	Complémentaire santé	Formule intégrale	★★★	★	★	Non	94 €	★★★★
7	LCL	Complémentaire santé	Formule plus	★★★	★	★	Non	94 €	★★★★
8	MALAKOFF MÉDÉRIC	Peps individuel les Economiques	Économique 3 – réseau	★★★	■	■	Oui/non *	60 €	★★
9	GMF	Santé pass	222	★	■	★	Oui	72 €	★★
10	LA MUTUELLE GÉNÉRALE	Itineo tribu	Essentiel	★	■	★	Oui/non *	75 €	★★
11	MUTUALIA	Mutualia santé	Santé 150 + renfort douceur	★★	■	★	Non	93 €	★★
12	HARMONIE MUTUELLE	Harmonie santé particuliers	Hospi	■	■	■	Non	27 €	★
13	GROUPE EVOI MCD	Équitéo	Essentiel hospi (non responsable)	■	■	★	Non	31 €	★
14	MUTUELLE OCIAINE	Ociane santé évolution	Hospi plus (formule non responsable)	■	■	■	Non	36 €	★
15	MACIF	Garantie santé	Économique	■	■	■	Non	52 €	★
16	GENERALI	La Santé	Formule R1	■	■	■	Non	68 €	★
17	ALLIANZ	Allianz Composio adulte/enfant	Classic niveau 1 tous modules	■	■	■	Non	62 €	■
18	AVIVA	Santhia	Formule 1	■	■	■	Non	69 €	■
19	SWISS LIFE	Swiss Life santé particuliers	Formule 1 + module prévention 1	■	■	■	Non	69 €	■
20	AXA	Ma santé	Ma santé éco	■	■	■	Non	79 €	■

* Prise en charge partielle jusqu'à 3 mois.

★★★ très bon ★★ bon ★ moyen ■ médiocre ■■ mauvais ○ Optique 🦷 Dentaire 🏥 Hospitalisation

QC Notre conseil

Pour couvrir les dépenses de santé d'une famille monoparentale résidant en proche banlieue parisienne, notre comparateur a analysé 288 contrats. Parmi eux, 20 ont été sélectionnés à la fois pour leur pertinence par rapport aux besoins exprimés (dépenses faibles en optique et en dentaire, et possibilité d'être assuré sans délai d'attente sur tous les postes de soins) et pour leur représentativité en matière de sociétés d'assurances. Les offres qui apparaissent

dans ce tableau ont été évaluées d'une part en fonction de leur niveau de garanties, d'autre part en fonction de la cotisation demandée. **Les tarifs des 20 contrats sélectionnés vont du simple (27 € par mois) à plus du triple (94 € par mois)**, mais cela n'a rien de surprenant : même pour des dépenses de santé courantes (consultations, actes de radiologie, pharmacie...) et des besoins relativement modestes sur des postes de soins traditionnellement coûteux et peu pris en charge par la Sécurité sociale,

la palette des garanties proposées par les différents assureurs est extrêmement large. Certains contrats parmi les plus chers (Groupama Santé active 2, Crédit agricole Formule intégrale, LCL Formule plus...) ont un bon rapport garanties-prix, mais ils sont surdimensionnés pour les besoins exprimés. À l'inverse, d'autres contrats, moins onéreux (MMA formule Santé vitale niveau 3, Maaf Vivazen 222...), sont attractifs, même si les restes à charge sur certains postes de soins (dentaire en particulier) sont importants.

LES CONTRATS INDIVIDUELS LES MIEUX ADAPTÉS À VOS BESOINS

Vous êtes une **PERSONNE SEULE, RETRAITÉE de 62 ans, à Arras (62)****VOTRE PROFIL** Dépenses en optique et dentaire faibles / Contrat tout délai

	ASSUREUR	CONTRAT	FORMULE	REMBOURSEMENTS			DÉLAI D'ATTENTE	TARIF MENSUEL	NOTE GLOBALE
1	MMA	Assurance santé formule Vitale	Niveau 1 (non resp.) – réseau	■	■	★	Oui/non *	19 €	★★★
2	MALAKOFF MÉDÉRIC	Peps individuel les Économiques	Économique 1	★	■	★★★	Oui	20 €	★★★
3	CRÉDIT MUTUEL	Prévi Util' santé retraités	Econum	■	■	■	Non	35 €	★★★
4	APICIL	Apicil santé Profil'r particuliers – gamme senior	Formule 1	■	■	■	Non	39 €	★★★
5	CRÉDIT AGRICOLE	Complémentaire santé	Formule Initiale et forfaits	■	★	■	Non	63 €	★★★
6	LCL	Complémentaire santé	Formule Primo et forfaits	■	★	■	Non	63 €	★★★
7	MGEN FILIA	Efficiencé santé	Découverte	■	★	■	Oui	73 €	★★★
8	GROUPE HUMANIS	Radiance Humanis santé	F2 – réseau	★	■	★	Oui	75 €	★★★
9	HARMONIE MUTUELLE	Harmonie santé particuliers	Hospi	■	■	■	Non	32 €	★★
10	MUTUELLE OCIAINE	Ociane santé évolution	Hospi plus (formule non responsable)	■	■	■	Non	36 €	★★
11	MACIF	Garantie santé	Économique	■	■	■	Non	48 €	★★
12	GMF	Santé pass	111	■	■	■	Non	58 €	★★
13	SWISS LIFE	Swiss Life santé retraités	Formule 3	■	■	■	Non	67 €	★★
14	MAAF	Vivazen	222 – réseau	■	■	■	Non	71 €	★★
15	LA MUTUELLE GÉNÉRALE	Itineo vitalité	Essentiel	■	■	■	Oui/non *	73 €	★★
16	GROUPE EOVI MCD	Santé vitalité	Vitalité 2	★	■	■	Non	80 €	★★
17	GROUPAMA	Santé active 2	A1B2H2/122	★★	■	★★	Non	90 €	★★
18	AXA	Ma santé	Ma santé éco	■	■	■	Non	71 €	★
19	ALLIANZ	Allianz Composio senior	Classic niv. 2 ⁽¹⁾ , niv. 3 ⁽²⁾ , niv. 2 ⁽³⁾ – réseau	■	■	■	Non	72 €	★
20	GENERALI	La santé	Formule R1	■	■	■	Non	77 €	★

* Prise en charge partielle jusqu'à 3 mois. (1) Hospi. (2) Optique/auditif. (3) Dentaire.

★★★ très bon ★★ bon ★ moyen ■ médiocre ■■ mauvais ○○ Optique ☞ Dentaire ☞ Hospitalisation

QC Notre conseil

Au moment de leur départ en retraite, tous les ex-salariés sont confrontés à un choix important : conserver l'assurance santé de leur ex-entreprise (mais sans la participation financière de leur employeur) ou choisir un contrat individuel. Avec, pour cette seconde option, une tendance bien compréhensible : celle de se diriger vers des garanties proches de celles dont ils disposaient jusqu'à présent, c'est-à-dire plutôt élevées. **Pour autant, lorsque l'on est en bonne santé, il est tout**

à fait possible de choisir des niveaux de garantie moins importants que ceux dont on disposait auparavant, tout en étant correctement couvert. Pour une personne de 62 ans habitant Arras (62), avec de faibles dépenses en optique ou en dentaire, nous avons retenu 20 contrats sur 430 analysés. Pour une cotisation inférieure à 50 € par mois, on peut par exemple choisir le contrat Apicil (Santé Profil'R formule dynamique niveau 1) ou celui de la Macif (Garantie Santé économique). Lorsque l'on

privé l'hospitalisation avec ses multiples dépenses (honoraires de consultation et de chirurgie, chambre individuelle...), les contrats proposés par Malakoff Médéric (Peps individuel les Économiques 1) ou MMA (Formule Santé vitale niveau 1) à moins de 20 € par mois sont d'un bon rapport garanties-prix. Ils le seront plus encore à partir du 1^{er} janvier prochain (sous réserve de modifications) avec l'offre 100 % santé, qui permettra d'être soigné sur certains postes optique et dentaire sans dépense supplémentaire.



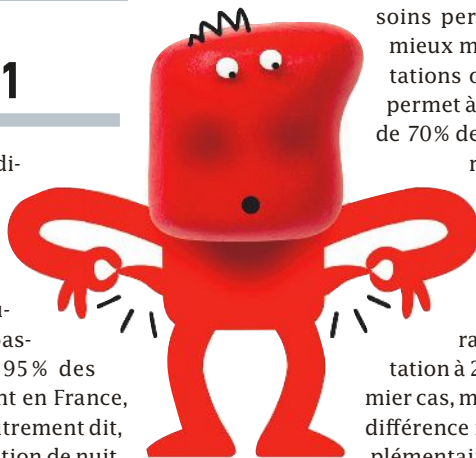
ALLÉGER SON BUDGET

Les 8 bonnes pratiques

LA MISE EN PLACE DU RESTE À CHARGE ZÉRO NE LIMITERA PAS, À ELLE SEULE, LA HAUSSE DES DÉPENSES DE SANTÉ. COMMENÇONS PLUTÔT PAR PRENDRE DE BONNES HABITUDES...

1 Privilégier les praticiens de secteur 1

Même si l'on est hermétique au jargon médical, mieux vaut connaître le sens du terme «secteur 1». Pourquoi? Parce que les médecins généralistes ou spécialistes qui exercent dans ce secteur se sont engagés, par convention avec l'Assurance maladie, à ne pratiquer aucun dépassement d'honoraires. C'est le cas de 95% des 49884 généralistes exerçant actuellement en France, et de 47% seulement des spécialistes⁽¹⁾. Autrement dit, et sauf condition exceptionnelle (intervention de nuit par exemple), leur consultation vous sera facturée au tarif qui sert de base de remboursement (BR) à l'Assurance maladie (25€ pour un généraliste, 39€ pour un psychiatre, 47,73€ pour un cardiologue...). Mais surtout, cette consultation vous sera totalement remboursée par l'action conjointe de l'Assurance maladie d'une part et de la complémentaire santé d'autre part (à l'exception de la franchise de 1€ par consultation). De ce fait, il devient inutile de souscrire à des niveaux de garantie élevés, évidemment plus chers qu'une couverture limitée à la prise en charge du «ticket modérateur». Pour sélectionner un praticien de secteur 1 – généraliste, spécialiste, kinésithérapeute, infirmière... –, utilisez le moteur de recherche gratuit de l'Assurance maladie sur: annuaire-sante.ameli.fr.

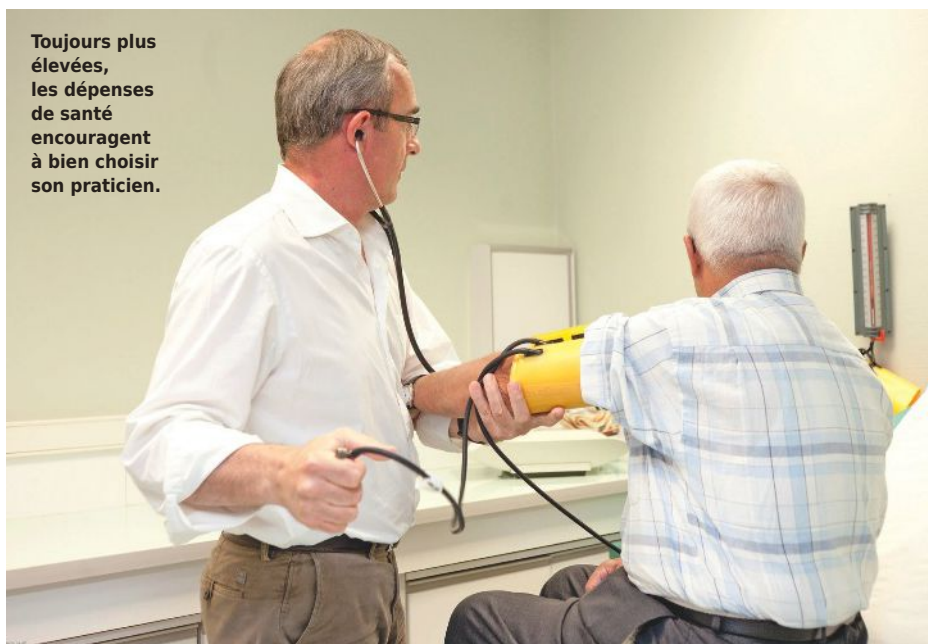


2 S'inscrire dans le parcours de soins

Depuis l'instauration du parcours de soins, choisir un médecin traitant et lui confier la coordination des soins permet d'être mieux remboursé, et donc de mieux maîtriser son budget santé: 95% des consultations ont eu lieu dans ce cadre en 2016⁽²⁾, ce qui permet à l'Assurance maladie d'intervenir à hauteur de 70% de la BR. Le reste, c'est-à-dire le ticket modérateur, est intégralement pris en charge par la complémentaire santé (exception faite, encore une fois, de la participation forfaitaire de 1€). Si tel n'est pas le cas, le remboursement de l'Assurance maladie passe à 30% de la BR (on parle aussi de majoration du ticket modérateur). Pour une consultation à 25€, vous recevrez donc 16,50€ dans le premier cas, mais 6,50€ seulement dans le second, et cette différence ne pourra pas être couverte par votre complémentaire santé responsable.



Toujours plus élevées, les dépenses de santé encouragent à bien choisir son praticien.



BURGER/PHANIE - MH



3 Sélectionner les praticiens adhérent à l'Optam

Un professionnel de santé est tenu d'indiquer: le secteur dans lequel il exerce (1 ou 2), le prix de sa consultation, ses éventuels dépassements d'honoraires et le tarif de remboursement de l'Assurance maladie (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Ces dépassements d'honoraires concernent le secteur 2, où le praticien a le droit de demander des tarifs supérieurs à ceux que fixe l'Assurance maladie. Hier amplement remboursés par les complémentaires santé, notamment les contrats collectifs d'entreprise (avec une prise en charge parfois illimitée, portant sur les « frais réels »), ils le sont beaucoup moins aujourd'hui. La moitié des personnes qui ont souscrit un contrat individuel ne bénéficient d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires⁽²⁾. Et lorsque cette prise en charge est incluse, la réglementation applicable aux contrats santé complémentaires responsables, individuels ou collectifs, comporte désormais deux niveaux de remboursement des dépassements d'honoraires, qui dépendent directement de l'option choisie par le praticien de secteur 2.

Si le professionnel de santé adhère à l'Optam⁽³⁾, qui a pris la suite du Contrat d'accès aux soins en 2017, la complémentaire santé peut rembourser des dépassements d'honoraires en théorie sans limite. Dans la pratique, la prise en charge par les contrats d'assurance individuels les plus « haut de gamme » ne dépasse que rarement 300% de la BR pour le poste « soins courants », et sous réserve que les consultations s'inscrivent bien dans le parcours de soins. Concrètement, avec ce type de contrat, une consultation chez un dermatologue (sur la base d'un tarif dit de responsabilité de 28€) vous sera intégralement remboursée par votre assureur santé, déduction faite du versement de l'Assurance maladie (18,60€) et de la franchise (1€), dans la limite d'un tarif de consultation de 69€.

Si à l'inverse le praticien n'adhère pas à l'Optam – c'était le cas de 58% des spécialistes de secteur 2 en 2018 –, le remboursement de votre contrat responsable sera doublement plafonné. Premier plafond, celui des dépassements d'honoraires, limité à 100% du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, sachant que ce tarif diminue pour l'occasion: 23€ contre 28€, soit un maximum de 46€ (2 x 23€). Second plafond, celui d'une prise en charge réduite de 20% par rapport à celle prévue pour un médecin adhérent à l'Optam. Pour une consultation à 69€, vous recevrez donc 15,10€ (70% x 23€ - 1€) de l'Assurance maladie

puis 30,90€ au maximum (46€ - 15,10€) de votre assureur santé, ce qui portera votre reste à charge à 23€ (69€ - 30,90€ - 15,10€), hors franchise de 1€. Pour sélectionner un praticien de secteur 2 adhérent à l'Optam, rendez-vous sur: annuaire.sante.ameli.fr.

4 Prendre garde au « privé » dans le secteur public

Il faut aussi vous renseigner sur le secteur d'activité du spécialiste hospitalier que vous allez consulter. Pourquoi? Parce que prendre rendez-vous à l'hôpital ne garantit en rien une consultation au tarif de convention. En effet, selon France Assos Santé⁽⁴⁾, pas moins de 4 722 chirurgiens, obstétriciens ou anesthésistes exerçaient, en 2016, une activité libérale au sein de l'hôpital. Or celle-ci porte à confusion! Pis: dans certaines grandes villes, la consultation en secteur 2 avec dépassement d'honoraires sert véritablement de coupe-file... Et même si cette part de leur activité est très encadrée (art. L6154-2 du code de la santé publique), une étude récente du groupe Henner, société de courtage en assurances de personnes, montre que 95% des chirurgiens ou des obstétriciens





n'adhèrent pas à l'Optam-Co⁽⁵⁾. Or si l'on n'y prend pas garde, le reste à charge peut être très élevé... Facturée 1 800 €, par exemple, alors que le tarif de responsabilité est de 445 €, une opération de reconstruction des ligaments croisés ne peut pas être remboursée plus de 890 € par l'assureur (200 % du tarif de l'Assurance maladie), quel que soit le niveau de garantie du contrat. À la clé, un reste à charge d'au moins 910 €, sans compter les dépassements d'honoraires que l'anesthésiste ne manquera vraisemblablement pas, lui aussi, d'exiger! D'où l'intérêt de prendre les devants et d'oser négocier le montant de ces dépassements. Christian, 69 ans, reconnaît avoir «*marchandé relativement facilement*» les honoraires de son chirurgien urologue: «*À l'issue de la consultation, je lui ai montré le tableau de mes garanties. Il n'a fait aucune difficulté pour réduire ses honoraires de 500 €, ce qui m'a permis de réduire le reste à charge à 400 €, contre 900 € initialement.*»

5 Se faire soigner dans les centres mutualistes

Les centres de santé mutualistes présentent un avantage évident: même avec une complémentaire santé de milieu de gamme (prévoyant par exemple un forfait de 200 € pour une couronne en plus du remboursement de la Sécurité sociale), il est possible de s'y faire soigner sans avoir à supporter un reste à charge élevé. On dénombre actuellement 500 centres en France métropolitaine, ouverts à tous, et pas seulement aux assurés ayant souscrit leur contrat santé

auprès d'une mutuelle au sens strict (donc régie par le code de la mutualité). La majorité sont des centres de soins dentaires, où les prothèses et appareillages sont facturés de façon «*maîtrisée*». Les patients y déboursent en moyenne 439 € pour une couronne céramo-métallique (dont le tarif de convention est de 107,50 €), alors que le prix médian en secteur libéral se situe entre 506 €⁽⁶⁾ et 535 €⁽²⁾.

6 Fréquenter les réseaux de soins

Pas moins de 45 millions de Français ont aujourd'hui accès, via leur assureur complémentaire santé, à un réseau de soins tel que Carte blanche partenaires, Santéclair, Kalixia, Istya, Itelis ou encore Sévéane. Apparus il y a une quinzaine d'années, ces réseaux ont été constitués par l'adhésion de professionnels de santé qui s'engagent sur certains niveaux de prestation et de qualité, et sur des tarifs modérés. Selon un rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) en date de juin 2017, les prix des produits consommés via un réseau sont en moyenne inférieurs de 20 % pour des verres de lunettes adulte, par exemple, par rapport à ceux qui sont consommés hors réseau. Et ils le sont encore de 10 % pour des montures.

Ces écarts sont intéressants, mais il y a plus significatif. En effet, lorsque l'on s'intéresse au reste à charge des assurés qui recourent à des professionnels référencés, le rapport de l'IGAS montre qu'il est en moyenne moitié moins élevé en optique et 20 % moins élevé pour les équipements audio. Pourquoi? Parce que certains assureurs appliquent, comme la loi le permet encore, des remboursements différenciés qui incitent les assurés à se diriger vers leur réseau partenaire. À la MGEN, par exemple, ➔

RETROUVEZ NOTRE
**COMPARATEUR
MUTUELLES SANTÉ**
SUR QUECHOISIR.ORG

- > Accès gratuit exceptionnel jusqu'au 28 décembre 2019
- > Tarifs, garanties selon votre profil... Plus de 400 contrats décortiqués
- > Que Choisir vous aide à trouver la mutuelle santé adaptée à vos besoins



➔ avec le contrat Efficience santé, le remboursement est majoré de 20€ ou de 40€ par verre selon le niveau de garantie souscrit, dès lors que l'achat est réalisé auprès d'un opticien sous bannière Optistya : « 80% de nos adhérents se rendent chez un opticien agréé », observe Christophe Lafond, vice-président de la MGEN. Chez Harmonie mutuelle, le remboursement des verres est majoré de 20% s'ils sont acquis chez un opticien Kalixia.

7 Tirer profit des éventuels bonus

Circonsrite à certaines cibles (les seniors, les indépendants au sens large, les personnes qui ne peuvent pas bénéficier de la complémentaire santé d'entreprise de leur conjoint, ou encore les jeunes fiscalement détachés de leurs parents), l'assurance complémentaire santé individuelle est un produit très concurrentiel, de plus en plus assorti d'astuces commerciales. Il est ainsi fréquent de se voir « offrir », à la souscription, un ou deux mois de cotisation. Ou de se voir proposer des bonus de remboursements sous réserve d'adhérer au contrat depuis déjà un moment. À compter de la troisième année d'adhésion à Groupama santé active senior, par exemple, on peut se faire rembourser autant de couronnes dentaires par an que nécessaire. Avec le contrat Swiss Life santé retraités, la majoration va jusqu'à +100€ sur les équipements optiques à partir de la cinquième année d'ancienneté dans le contrat : « Un bonus très utilisé par les assurés, puisque leur consommation devient plus forte à ce moment-là », reconnaît Maxime Frossard, directeur technique produits chez Swiss Life France.

Plus subtilement, le bonus peut se conjuguer à une incitation à se rendre dans un réseau de soins. C'est le cas avec les formules Toniques de Malakoff Médéric Humanis, notamment, qui accordent une prise en charge supplémentaire de 10% par verre en cas de non-consommation durant trois années civiles consécutives, à l'unique condition de se rendre chez un opticien Kalixia. Avec l'arrivée de la résiliation infra-annuelle (voir p. 17), ces différentes astuces encourageant les assurés à la fidélité pourraient bien connaître un nouvel essor. Marine Robert, responsable marketing



R. DAMORET/REA - MH



Certains assureurs proposent des avantages ciblés. Sachez en profiter pour alléger le coût des soins si l'occasion s'en présente.

des assurances de personnes pour April santé prévoyance, confirme que « différentes pistes d'innovation sont à l'étude pour parvenir dans les mois qui viennent à se démarquer, notamment sur le plan économique ».

8 Essayer certaines pistes

Sans aller jusqu'à un éventuel cash-back, qui consisterait à restituer aux assurés « vertueux » une partie d'un forfait qu'ils n'auraient pas consommé – une technique au demeurant discutable car contraire au principe de mutualisation –, certains assureurs ou courtiers font preuve d'imagination pour alléger le budget de leurs assurés. La cotisation du contrat Santhia santé d'Aviva peut ainsi être réduite de 3€ par mois et par personne si l'on accepte de se faire rembourser uniquement les médicaments dont le service médical est considéré comme majeur ou important par la Haute Autorité de santé. Même principe chez Harmonie mutuelle avec le « Budget malin ». Chez April, si l'on accepte une retenue de 2€ par acte sur les remboursements, il est possible d'économiser 8% par an sur le montant de sa cotisation. Pas forcément négligeable... ♦

(1) Source : Assurance maladie, 2019.

(2) Source : « La complémentaire santé », DREES, 2019.

(3) Option de pratique tarifaire maîtrisée.

(4) Union nationale des associations agréées d'utilisateurs du système de santé.

(5) Équivalent de l'Optam pour les chirurgiens, gynécologues et obstétriciens.

(6) Source : étude réalisée en 2017 par la Fédération nationale de la mutualité française.



LES CONTRATS INDIVIDUELS LES MIEUX ADAPTÉS À VOS BESOINS

Vous êtes une PERSONNE SEULE, RETRAITÉE de 75 ans, à Bordeaux (33)

VOTRE PROFIL Dépenses en optique et dentaire fortes / Contrat tout délai

	ASSUREUR	CONTRAT	FORMULE	REMBOURSEMENTS			DÉLAI D'ATTENTE	TARIF MENSUEL	NOTE GLOBALE
				👓	🦷	🏥			
1	CRÉDIT MUTUEL	Prévi Util' santé retraités	Médium	★★★	★★★	★	Non	95 €	★★★
2	GAN	Équilibre médian	-	★★★	★	★★★	Non	102 €	★★★
3	MUTUALIA	Mutualia santé	Santé 200 + renfort intense	★★	★★★	★★★	Non	155 €	★★★
4	LA MUTUELLE GÉNÉRALE	Itineo vitalité	Formule Ere	★★	★	■	Oui/non *	123 €	★★
5	MMA	Assurance santé Formule essentielle	Niveau 3 - réseau	★★★	★	★★	Oui/non *	132 €	★★
6	MGEN FILIA	Efficience santé	Optimale	★★★	★★	★	Oui	152 €	★★
7	MAAF	Vivazen	223 - réseau	★★★	■	■	Oui	118 €	★
8	GMF	Santé pass	232	★★	■	★	Oui	132 €	★
9	MACIF	Garantie santé	Équilibrée 3	★★	★	★	Non	137 €	★
10	ALLIANZ	Allianz Composio senior	Classic niveau 4 tous modules	★	★	★	Non	145 €	★
11	APICIL	Apicil santé Profil'r particuliers - Dynamique	Niveau 5 - hors réseau	★★★	■	★★★	Non	153 €	★
12	GROUPAMA	Santé active 2	A2B3H3/233	★★★	★	★★★	Non	181 €	★
13	MUTUELLE OCIAINE	Ociane santé évolution	Évolution 4	★★★	★★	★★	Non	188 €	★
14	GROUPE EOVI MCD	Santé vitalité	Vitalité 5	★★★	★★★	★★★	Non	248 €	★
15	HARMONIE MUTUELLE	Harmonie santé particuliers	Hospi	■	■	■	Non	39 €	■
16	GENERALI	La santé	Formule R3	★	■	★★★	Non	187 €	■
17	SWISS LIFE	Swiss Life santé particuliers	Formule 6 - module Prévention 3	★★★	★	★★	Non	200 €	■
18	MALAKOFF MÉDÉRIC	Peps individuel les Énergiques	Énergique 2 - réseau	★★★	★	★★★	Oui/non *	202 €	■
19	AXA	Ma santé	Ma santé 200 %	★★★	★★	★★★	Oui/non *	231 €	■
20	AVIVA	Santhia senior	Formule 1	■	■	■	Non	116 €	■

* Prise en charge partielle jusqu'à 3 mois.

★★★ très bon ★★ bon ★ moyen ■ médiocre ■■ mauvais ○ Optique 🦷 Dentaire 🏥 Hospitalisation

QC Notre conseil

Lorsque l'on avance en âge, pouvoir compter sur un contrat santé de bonne facture est une aspiration légitime. Surtout lorsque l'on suppose que l'on va avoir besoin de « consommer », au fil des années, certains postes de soins coûteux (dentaire, optique, audioprothèses...) et pour lesquels la Sécurité sociale intervient peu, ou même pas du tout. Pour couvrir les dépenses de santé d'un retraité de 75 ans résidant à Bordeaux et souhaitant bénéficier de garanties optimales,

388 contrats ont été analysés. Parmi eux, 20 ont été sélectionnés à la fois pour leur pertinence par rapport aux besoins exprimés (dépenses importantes en optique et en dentaire, acceptation sans délai d'attente sur tous les postes de soins) et, là encore, pour leur représentativité en matière de sociétés d'assurances. Les offres qui apparaissent dans ce tableau ont été évaluées en fonction du niveau de leurs garanties et de la cotisation demandée. **Sans aller jusqu'à déboursier 200 € par mois voire davantage,**

il est possible d'être bien assuré pour 100 € à 150 € mensuels en choisissant par exemple le contrat de Mutualia (Santé 200 + Renfort intense), celui du GAN (Équilibre médian) ou encore celui d'Apicil (Profil'R particuliers formule Dynamique, niveau 5). En plus d'un bon niveau de remboursement en optique ou en dentaire (sauf implants dentaires), ces contrats comportent des prises en charge correctes lors d'un séjour hospitalier, avec des forfaits journaliers de 60 € à 70 € pour la chambre particulière.

MÉDECINES DOUCES

Sur quels remboursements co

LES PRATIQUES DE SOINS NON CONVENTIONNELLES SÉDUISENT DE PLUS EN PLUS. ELLES SONT POURTANT COÛTEUSES, ET NE SONT REMBOURSÉES QUE SOUS CERTAINES CONDITIONS...

C'est une tendance de fond que le Baromètre santé des Pages jaunes, annuaire téléphonique en ligne gratuit, a soulignée il y a quelques années: parmi les recherches portant sur les professionnels de santé (296 millions de requêtes pour la seule année 2016 !), ce sont les recherches relatives aux médecines alternatives qui ont connu la progression la plus importante, avec une hausse de 234% entre 2013 et 2016. Faut-il s'en étonner? Non, si l'on tient compte des interrogations, si ce n'est de la défiance de plus en plus grande des Français à l'égard de la médecine conventionnelle.

Les thérapies alternatives ou pratiques de soins non conventionnelles (PSNC), telles que les définit le ministère des Solidarités et de la Santé, sont extrêmement variées: ostéopathie (de loin la thérapie la plus connue), mais aussi méditation, hypnose, sophrologie, réflexologie, oligothérapie, micro-kinésithérapie, étiopathie, mésothérapie, phytothérapie, naturopathie, auriculothérapie, bio-résonance... Toutes soignent naturellement, sans molécules chimiques, par l'utilisation de différentes approches ou techniques de massage, de relaxation ou de stimulation. Les tarifs sont libres: de 40€ à 80€ par exemple pour une séance de sophrologie, de 50€ à 100€ parfois pour une séance d'ostéopathie, sans aucune prise en charge par l'Assurance maladie, mais avec un remboursement possible du côté des assureurs santé. Depuis quelques années en effet, de nombreux contrats individuels ou collectifs incluent une «partie bien-être plus ou moins complète selon les contrats», reconnaît

Valérie Corne-Guéguen, responsable du pôle santé chez Aviva France. Pour autant, les remboursements de ce poste sont systématiquement limités. Il s'agit «d'éviter qu'il ne soit surconsommé», ce qui pourrait à terme dégrader les résultats techniques des contrats, et «d'écarter les massages de complaisance, parce que ce n'est pas le rôle d'une assurance santé», indique un spécialiste qui préfère ne pas être cité. D'un contrat à l'autre, la prise en charge des médecines douces fait donc l'objet de forfaits plus ou moins importants, exprimés par année civile et par personne assurée: si une séance de sophrologie coûte 50€ et si le plafond annuel est de 100€, par exemple, cela signifie que seules deux séances pourront être remboursées dans l'année. Plus couramment, beaucoup de forfaits médecines douces comportent également des sous-plafonds applicables à chaque séance: 35€ par acte, à raison de cinq actes par an et par assuré au maximum, par exemple. Un mode de remboursement bien adapté aux personnes qui consultent régulièrement, mais nettement moins intéressant financièrement pour celles qui se fient ponctuellement aux pratiques alternatives...

Autre point important pour s'assurer d'être pris en charge: vérifier les thérapies éligibles. Selon les contrats, en

effet, la liste de ces médecines alternatives peut être très large ou au contraire très restreinte. Par exemple, avec Swiss Life santé retraités, les séances d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture, de phytothérapie, de sophrologie ou encore de mésothérapie peuvent être remboursées. À l'inverse, avec Efficience santé de la Maif, seuls les actes d'ostéopathie donnent lieu à un remboursement (à hauteur de deux par année civile dans la limite de 15€ par consultation, ou à hauteur de quatre par an dans la limite de 30€ par consultation, selon la formule de garantie choisie).

CONDITIONS SPÉCIFIQUES

Lorsque les thérapies ne sont pas nommément listées, l'assureur peut, en plus d'une facture en bonne et due forme, soumettre sa prise en charge à une prescription médicale préalable, afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un acte de confort. Plus subtilement, certains assureurs peuvent



VOISIN/PHANIE



Vérifiez quelles sont les thérapies éligibles



opter ?



VOISIN/PHANIE

Selon le contrat, la liste des pratiques prises en charge peut être très longue ou au contraire très restreinte.

Du fait d'une défiance grandissante envers la médecine conventionnelle, les thérapies alternatives ont le vent en poupe.



GARO/PHANIE

L'Assurance maladie ne prend jamais en charge les médecines douces. Du moins en apparence...

exiger que le praticien soit référencé au sein du répertoire national d'identification des professionnels de santé (fichier Adeli). Enfin, certains contrats offrent la possibilité d'opter pour des « renforts de garantie » afin de bénéficier de remboursements plus élevés. Avec l'Assurance santé Santhia senior d'Aviva France, par exemple, le pack « Optique-dentaire et

bien-être » (qui comporte des remboursements additionnels sur les postes optique, dentaire et prothèses auditives) coûte au choix, en plus de la cotisation mensuelle, 5,50€, 9,50€, 14€ ou 18€ par mois et par bénéficiaire. Il permet une prise en charge de certaines thérapies douces à hauteur de respectivement 50€, 100€, 150€ ou 200€ par an et par bénéficiaire. ♦

Pas d'intervention de l'Assurance maladie !

Parce qu'elles sont hors du champ de la médecine conventionnelle, les médecines douces ne sont jamais prises en charge par l'Assurance maladie. La règle vaut si vous décidez de consulter directement un thérapeute, mais également si la thérapie vous a été prescrite par un médecin, y compris dans le cadre du parcours de soins coordonnés. En pratique, les choses sont moins simples. Car certains professionnels de santé ayant pignon sur rue et ayant été formés à une thérapie alternative peuvent la proposer à leurs patients

lors d'une consultation, et établir une feuille de soins sur laquelle ils vont « coder » non pas une séance d'hypnose en tant que telle, par exemple, mais une consultation ordinaire. Résultat : leurs patients bénéficieront d'une prise en charge de l'Assurance maladie, alors qu'en principe ils n'y ont pas droit ! Par ailleurs, les thérapies douces investissent désormais l'hôpital, en plus des traitements conventionnels (sophrologie ou méditation pour une préparation à l'accouchement ou en parallèle

d'un traitement contre la douleur, notamment), sans que les patients qui en bénéficient aient, là encore, quelque chose à déboursier. Comment est-ce possible ? Il faut savoir que dans le cadre de la tarification à l'activité, chaque établissement est libre de « dépenser » comme bon lui semble l'enveloppe financière que l'État lui attribue, sans que les patients ne disposent sur ce point d'informations claires et détaillées. De ce fait, ils n'ont aucun mal à imaginer que l'Assurance maladie intervient, alors qu'en réalité ce n'est pas le cas...

MISE AU POINT

ACTION SOCIALE

L'autre versant (intéressant) des contrats santé

AU-DELÀ DES GARANTIES PROPOSÉES, CERTAINS ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES PEUVENT AUSSI JOUER LA CARTE DE LA SOLIDARITÉ. AUTANT EN TENIR COMPTE !

Une multiplicité de paramètres entrent dans le choix d'une complémentaire santé individuelle. Certains sont classiques, connus de tous, comme le rapport garanties-prix ou les éventuelles offres de bienvenue proposées pour réduire d'emblée la facture. D'autres sont plus techniques : c'est le cas du statut même de l'organisme complémentaire. Tous les « assureurs » santé ne se ressemblent pas, en effet. Loin s'en faut. Un contrat santé peut ainsi vous être proposé par une mutuelle proprement dite (MGEN, La Mutuelle générale...), une institution de prévoyance (AG2R La Mondiale, BTP Prévoyance...) ou encore une société d'assurances (Allianz, Swiss Life...), que ce soit en direct ou par l'inter-

médiaire d'un courtier. Principale différence : le statut juridique, respectivement régi par le code de la mutualité, le code de la sécurité sociale et le code des assurances. Et cela change tout. En clair, les deux premiers acteurs n'ont aucun but lucratif, ce qui leur permet de conduire une politique d'action sociale en faveur de leurs adhérents (à titre individuel ou au travers d'un contrat collectif), ce qui n'est pas le cas des sociétés d'assurances (sauf les sociétés d'assurances mutuelles à but non lucratif comme la Macif, la Maaf, Groupama, etc.).

En quoi consiste cette action ? Il s'agit d'un accompagnement « financier et humain, mais non contractuel », précise Pascal Andrieux, directeur des engagements

sociaux, sociétaux et RSE du groupe Malakoff Médéric Humanis, qui est « à la main de chaque organisme, sachant que 48 millions d'euros ont été consacrés en 2018 à l'action sociale par les mutuelles, soit 25 centimes pour 100 euros de cotisation », enchaîne Albert Lautman, directeur général de la Mutualité française.

LES PLUS DÉMUNIS D'ABORD

Concrètement, et même si chaque mutuelle ou institution de prévoyance définit son propre budget annuel et ses propres règles d'intervention (qui peuvent de surcroît varier d'une année à l'autre), les aides financières sont d'abord octroyées aux personnes qui, de par leurs faibles ressources, ne peuvent pas faire face à des dépenses de santé importantes (achat d'un fauteuil électrique, de lunettes, de prothèses auditives, traitements efficaces mais coûteux et non encore reconnus par la Sécurité sociale...) ou à certains frais d'équipement (aménagement du logement...) leur permettant de compenser leur handicap ou leur perte d'autonomie. Des aides plus spécifiques peuvent également être octroyées, à la suite d'une catastrophe naturelle ou pour soutenir les aidants familiaux, par exemple. Dans tous les cas, une demande motivée, dûment justifiée (revenus, charges mensuelles, devis ou facture, autres organismes éventuellement sollicités...) doit être établie. Après avis favorable des membres de la commission sociale, l'aide (d'un montant variable) est versée à l'adhérent ou à un tiers prestataire (hôpital pour les frais de chambre particulière, par exemple). Elle n'est ni imposable ni récupérable. Le cas échéant, elle s'ajoute aux dispositifs existants émanant par exemple des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) ou de l'Agirc-Arrco (caisses de retraite complémentaire des salariés du secteur privé). ♦



HALFPOINT/ADOBE STOCK

Mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurances ? Pour les personnes les plus modestes, choisir un assureur à but non lucratif a son importance.



CONTRATS HOSPITALISATION

Faut-il opter pour une garantie spéciale ?

CERTAINES FORMULES SE LIMITENT À LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS LIÉS À UNE HOSPITALISATION. AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS.

Moins connues, donc moins vendues, les garanties « hospi » ont un atout évident : des tarifs compétitifs, moitié moins élevés en moyenne que ceux d'une complémentaire santé de base. À 50 ans par exemple, un Parisien (la cotisation dans la capitale est la plus élevée de l'Hexagone, compte tenu du coût des soins) va ainsi déboursier 19,44€ par mois pour Reflexio hospi 2 de France mutuelle, 19,28€ pour la garantie Hospitalisation de la Macif, ou entre 13,28€ et 29,29€ pour la formule Hospitalisation de Swiss Life.

UNE PRISE EN CHARGE BIEN DÉLIMITÉE

Pour autant, et au-delà des économies potentielles, il faut savoir que ce type de garantie est circonscrit au remboursement des actes et consultations pré et post-opératoires (chirurgie, soins infirmiers, radios, analyses...), à la prise en charge illimitée du forfait journalier hospitalier (20€), au versement d'une participation pour frais de séjour et autres prestations de confort (chambre particulière notamment) et à la fourniture d'une palette de services d'assistance (aide à domicile...). En l'occurrence, une personne qui se rend un an après chez son chirurgien pour contrôle ne percevra aucun remboursement pour cette consultation, trop éloignée dans le temps de l'hospitalisation elle-même.

Les contrats hospitalisation sont par ailleurs « non responsables » pour la plupart : ils peuvent donc comporter diverses exclusions de garantie (par exemple,



BURGER/PHANIE - MH

Pour certains profils d'assurés, le choix d'un contrat hospitalisation est susceptible d'apporter une meilleure prise en charge.

hospitalisation faisant suite à l'usage de stupéfiants, à un état alcoolique, à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition...), chose impossible avec leurs homologues responsables.

Alors, quel est l'intérêt de ces contrats ? Essentiellement celui de prendre en charge, plus ou moins largement selon les cas, les dépassements d'honoraires souvent réclamés par les praticiens hospitaliers (voir p.23 - *Les bonnes pratiques de l'assurance santé*). Certains contrats les couvrent sans même faire de distinction entre les médecins ayant accepté de modérer leurs dépassements (voir p.13 -

Contrats responsables) et ceux pour qui la question ne se pose pas. De fait, ces garanties sont adaptées à « des personnes qui souhaitent couvrir un risque de pointe, pour lequel le reste à charge peut être très élevé », selon Gérald Monchanin, direc-

teur santé et prévoyance du particulier chez April. Elles peuvent par

exemple répondre aux besoins de personnes en bonne santé, relativement jeunes, qui ne

sont pas intéressées par une couverture plus complète. Elles peuvent aussi permettre à des personnes souffrant d'une affection longue durée (ALD) de mieux maîtriser leur budget, dès lors qu'elles choisissent, en parallèle, au moins un contrat de premier niveau. ♦



TROIS PLACEMENTS CONFIDENTIELS AU BANC D'ESSAI

PAR **FRÉDÉRIC GIQUEL**
ILLUSTRATIONS **MIKAEL MOUNE**

C'est un fait, les placements les plus vendus ne rapportent plus grand-chose. Les livrets d'épargne, d'abord, qui délivrent des rendements faméliques. Exemple phare, le livret A et son taux de 0,75% net gelé jusqu'en février 2020... au moins. Avec une hausse des prix (inflation) annuelle de 1,1% (de juillet 2018 à juillet 2019), vos euros perdent même de leur valeur. L'assurance vie, ensuite. Elle affiche une santé florissante, avec 87 milliards d'euros engrangés sur les contrats durant les 7 premiers mois de l'année. Soit 17 millions d'euros par heure! Et pourtant, combien d'épargnants sont gavés de contrats médiocres, ayant rapporté 1% ou moins (net de taxes sociales) l'an passé, sans parler des frais pris sur les versements (2 à 3%). Glissons enfin sur les enveloppes dépassées comme le plan d'épargne-logement (PEL) ou les comptes à terme, qui rapportent tous deux moins de 1% net. Quant aux produits boursiers (compte titres, PEA bancaire), ils sont boudés par la majorité des

QUE FAIRE
DE SON ÉPARGNE
AUJOURD'HUI ? ALORS QUE LES
LIVRETS ET LA PLUPART DES
ASSURANCES VIE FONT GRISE MINE,
N'EST-IL PAS TEMPS D'EXPLORER D'AUTRES
SOLUTIONS ? PARMI ELLES, LE CONTRAT
DE CAPITALISATION, LES FONDS EURO-
CROISSANCE ET LA TONTINE FINANCIÈRE.
CES TROIS PLACEMENTS « SÉRIEUX »
AURAIENT QUELQUES SERVICES
À RENDRE, ENCORE FAUT-IL LES
CONNAÎTRE ! DÉTAILS.

épargnants, davantage en quête de sécurité pour leur bas de laine. Bref, le tableau est bien sombre. Dès lors, faut-il compter sur son conseiller financier pour envisager d'autres solutions ? Non, c'est à vous d'élargir le champ des possibles. Point de départ, être réaliste : aucun placement miracle ne vous attend chez votre banquier ni ailleurs. Mais loin des solutions insolites comme investir dans les chevaux, les vignobles ou encore les tableaux, il existe quelques produits robustes pour épargner autrement et dans un cadre régulé. Parmi eux, le contrat de capitalisation, les fonds euro-croissance et la tontine financière. Leur caractéristique commune : être aux mains des compagnies d'assurances. Accessibles au commun des mortels, ces trois placements peuvent avoir un rôle complémentaire à jouer dans la gestion du patrimoine de certains ménages. À condition de soumettre chacun d'eux à l'analyse, loin de tout jargon, d'en peser le pour et le contre, et de juger sans complaisance l'offre commerciale, même minimaliste, des établissements financiers. ♦



UNE
ALTERNATIVE
CRÉDIBLE À
L'ASSURANCE
VIE

LE CONTRAT DE CAPITALISATION

LE CONTRAT DE CAPITALISATION EST UN PRODUIT D'ÉPARGNE TRÈS PROCHE DE L'ASSURANCE VIE. IL S'EN DIFFÉRENCIE PAR DES CARACTÉRISTIQUES FISCALES SPÉCIFIQUES, EN CAS DE TRANSMISSION OU DE DONATION.

Qui connaît aujourd'hui le contrat de capitalisation? On en compte à peine 30 000 de plus chaque année, contre 2,5 millions d'assurances vie. Étonnant, alors que ces deux placements sont jumeaux: mêmes solutions financières (fonds en euros garanti, fonds risqués en actions, etc.) et donc mêmes performances, mêmes frais (souvent élevés) et options de gestion, même souplesse de fonctionnement (versements et retraits libres sans plafond, pas de limite au nombre de contrats détenus). Sans oublier la fiscalité sur les retraits, identique, avec, passé 8 ans, des abattements élevés⁽¹⁾. Pour Marie-Anne Jacquier, directrice générale adjointe et associée chez le courtier en ligne mes-placements.fr, «la priorité va toujours à l'assurance vie par habitude des épargnants et des conseillers financiers, ce qui explique cette méconnaissance du contrat de capitalisation». Sans doute aussi parce que l'assurance vie profite d'un avantage comparatif en cas de décès de son titulaire, le capital en compte étant remis au(x) bénéficiaire(s)

avec des exonérations fiscales significatives. À l'opposé, l'argent investi dans un contrat de capitalisation tombe dans la succession, avec impôts (éventuels) à la clé.

CONFIGURATIONS MULTIPLES

Est-ce une raison suffisante pour l'ignorer? Non, à plus d'un titre. On l'aura compris, «c'est un placement très intéressant sur le plan financier, avec de multiples solutions d'investissement, amorce Marie-Anne Jacquier. Mais il permet aussi de répondre à des problématiques concrètes, comme la donation des grands-parents aux petits-enfants ou la protection de tous dans les familles recomposées» (voir encadré p. 34). Autant de situations pour lesquelles l'assurance vie sera, cette fois, inefficace. Détaillons. D'abord, le contrat de capitalisation peut être transmis du vivant du titulaire, en bénéficiant des abattements fiscaux liés aux donations. Soyons clair, c'est impossible avec une assurance vie. Mieux, celui qui reçoit le contrat en donation conserve son antériorité fiscale, permettant ainsi d'opérer des retraits quasi

défisalisés passé 8 ans. Plus subtil: cette transmission peut être effectuée via une donation démembrée, laquelle permet de se réserver l'usufruit et de ne donner «que» la nue-propriété. Traduction: «Le donateur conserve la faculté de tirer des revenus du contrat (c'est l'usufruit, ndlr) à hauteur des intérêts générés, et dès lors il ne se démet pas complètement», explique Mylène Guers, responsable développement du marché épargne financière au groupe Quintésens. Autre avantage, l'assiette taxable aux droits de donation sera minorée par rapport à une donation en pleine propriété. Enfin, au décès de l'usufruitier, le nu-propriétaire deviendra plein propriétaire du contrat sans droits de succession à régler.» D'où il ressort que le contrat de capitalisation doit intégrer la palette des solutions si la donation et l'optimisation de votre transmission font partie de vos projets.

Autre atout méconnu, ce placement va permettre d'investir des fonds issus de la vente d'un bien immobilier démembré, chose que ne permet pas, là encore, ➔

Contrats de capitalisation : avantage aux offres du Net

DISTRIBUTEUR (ASSUREUR)	NOM DU CONTRAT	Versement initial min.	Frais sur versements max.	Frais de gestion annuels max. ⁽¹⁾	Taux net du fonds en euros 2018	Nombre de fonds	NOTRE AVIS
AXA - AGIPI (AXA FRANCE)	Clef (Contrat libre d'épargne financière)	1 000 €	4,85 % ⁽²⁾	0,75 %/1 %	2,1 %	58	Fonds en euros bien positionné, mais les frais sont élevés.
BANQUE POPULAIRE (BPCE VIE)	Quintessa Capi	1 500 €	1,5 %	0,75 % ^(d) / 0,80 %	1,75 %	160	Bon produit bancaire, excepté un fonds en euros moyen.
BNP PARIBAS (CARDIF ASSURANCE VIE)	BNP Paribas Multiciel Privilège 2	20 000 €	4 % ^(d)	0,70 % ^(d) / 1 %	De 1,65 % à 1,95 %	550	Frais dissuasifs... Offre financière très large, en contrepartie.
CAISSE D'ÉPARGNE (BPCE VIE)	Millevie Capi	10 000 €	3 %	0,60 %/ 0,95 %	1,65 %	45	Offre sans éclat. Multigestion limitée et fonds en euros poussif.
CRÉDIT AGRICOLE (PREDICA)	Éloquence Capitalisation	10 000 €	4 %	0,80 %/ 0,96 %	De 1,50 % à 1,80 %	130	Pour épargnants avertis. Frais élevés, fonds en euros moyen.
MES-PLACEMENTS.FR (SPIRICA)	Mes-placements Liberté	500 €	0 %	0,70 %/ 0,50 %	1,90 % et 2,90 % ⁽³⁾	450	Gestion en ligne, frais limités. Idéal pour épargnants autonomes.
PRIMONIAL (SURAVENIR)	Primonial Sérénipierre Capi	10 000 €	5 %	0,80 %/ 0,95 %	3,20%, 1,75%, 0 % ⁽⁴⁾	270	Trois fonds en euros, dont un très performant (Sérénipierre).
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE (SOGECAP)	Sogécapi Patrimoine	7 600 €	3 % ^(d)	0,96 % ^(d) / 0,96 % ^(d)	De 1,33 % à 1,81 %	61	Solutions financières maison, fonds en euros moribond.

(1) Appliqués sur le capital en compte. Taux sur fonds en euros/taux sur autres fonds en gestion libre. (2) + 30 € à l'adhésion. (3) Contrat avec deux fonds en euros.

(4) Contrat avec trois fonds en euros. (d) Taux dégressif selon les montants.

➔ l'assurance vie. En pratique, la souscription sera conjointe avec un usufruitier et un nu-propriétaire. A priori moins intéressant au décès que l'assurance vie, le contrat de capitalisation présente toutefois un avantage sur son jumeau, celui de pouvoir être conservé tel quel par l'un des héritiers, avec son antériorité fiscale. Utile pour disposer d'une enveloppe quasi défiscalisée sur les retraits. Dans cette optique, « souscrivez autant de contrats que vous avez d'héritiers, ce qui facilitera le partage et la libre utilisation des contrats par chacun », conseille Mylène Guers. Au rayon des caractéristiques utiles, ajoutons la liberté de souscrire un contrat de capitalisation passé 85 ans, quand les portes de l'assurance vie sont le plus souvent fermées. Ou encore son accès aux personnes morales, notamment aux sociétés civiles familiales, pour y placer le fruit des ventes de biens, par exemple. Bilan, ce placement est un outil de diversification à mettre dans la balance, notamment quand vous disposez déjà d'une ou deux bonnes assurances vie dans votre patrimoine... Mais soyez réaliste. L'offre commerciale est assez discrète, et la qualité des contrats très inégale (voir notre banc d'essai). Ne souscrivez pas ce placement les yeux fermés! ♦

(1) Abattement de 4600 € par an sur les intérêts pour un célibataire, le double pour un couple.

2 cas pratiques pour utiliser le contrat de capitalisation

✓ POUR LES GRANDS-PARENTS

Jeanne a quatre petits-enfants mineurs. Souhaitant leur donner 10 000 € chacun pour leurs futures études, elle souscrit quatre contrats de capitalisation, puis en donne un à chaque petit-enfant. L'intérêt de cette méthode ?

Jeanne a une vue claire de sa donation, alors qu'avec une assurance vie, elle aurait dû

en passer par les parents pour la souscription de contrats au nom des petits-enfants. De plus, au besoin, les donations peuvent être assorties d'un pacte adjoint avec des indications sur la disposition du capital, même si les contraintes doivent rester raisonnables (par exemple : blocage du capital jusqu'à 23 ans).

✓ POUR LES FAMILLES RECOMPOSÉES

Daniel est divorcé et père de deux enfants majeurs. Une question se pose pour lui : comment protéger sa compagne Suzie sans léser ses enfants ? Disposant de 75 000 €, il utilise le contrat de capitalisation pour faire une donation démembrée : l'usufruit du capital à sa compagne, la nue-propriété à ses deux enfants. Intérêt ? Si Daniel donnait tout

à Suzie, il priverait définitivement ses enfants d'un capital, ceux-ci n'étant pas les héritiers de sa compagne. Plus généralement, le contrat de capitalisation permet de transmettre de son vivant ou à son décès une source de revenus à la personne avec qui l'on vit, tout en garantissant, à terme, la transmission du capital à ses enfants.

LES FONDS EURO-CROISSANCE

AVEZ-VOUS
FOI EN VOTRE
ASSUREUR ?

LES FONDS EURO-CROISSANCE NE SONT PAS LES PLUS FACILES D'ACCÈS. ET POURTANT LEUR RENDEMENT EST INTÉRESSANT À MOYEN-LONG TERME.

Présents dans certaines assurances vie, le fonds euro-croissance reste méconnu, pesant peu face aux fonds en euros classiques. Pourquoi ? « L'euro-croissance est un produit au fonctionnement complexe, commercialisé ces cinq dernières années dans un contexte financier difficile, d'où la méconnaissance qu'en ont la plupart des épargnants, constate Latifa Kamal, directrice de l'ingénierie patrimoniale chez Primonial. Mais la loi Pacte votée au printemps contient des mesures susceptibles de lui donner un nouveau souffle. À titre d'exemple, c'est une solution adaptée pour les épargnants ayant des projets de moyen-long terme très ciblés, aux échéances précises, comme les études des enfants ou un départ en retraite dans une vingtaine d'années. » Le décor est planté. À vrai dire, il y aurait bien des raisons d'écarter d'emblée ce produit de votre panoplie d'épargnant. Sa complexité,



d'abord (voir encadré p. 36). Son flou, ensuite. Avec un fonds euro-croissance, votre capital investi net de frais est garanti à un terme choisi par vos soins, de 8 à 40 ans. Avant, non ! Surtout, l'inflation aura entre-temps grignoté la valeur de cette garantie. Prenez garde aussi

aux pseudo-fonds euro-croissance, qui affichent une garantie à seulement 80 % du capital au terme, comme l'offre de La Banque postale, nommée 80-12 (80 % de garantie à horizon 12 ans). Ses résultats, enfin. Les performances affichées depuis 5 ans font le yo-yo. Ainsi l'an passé les



6 fonds euro-croissance passés au crible

DISTRIBUTEUR (ASSUREUR)	NOM DU FONDS EURO- CROISSANCE	Assurance vie contenant ce fonds	Versement initial min. ⁽¹⁾	Frais max. ⁽²⁾		Taux net moyen ⁽³⁾			NOTRE AVIS
				SUR LES VERSEMENTS	DE GESTION ANNUELS	2018	2017	2016	
Afer (AVIVA VIE)	Afer Eurocroissance	Multisupport Afer	100 €	0 %	0,89 %	-1,66 %	2,82 %	6,87 %	Performances mitigées, mais contrat de qualité et solide.
AXA (AXA FRANCE VIE)	Excelium Croissance	Excelium	1 000 €	4,85 %	0,8 %	2,4 %	3,25 %	SO	Offre complète, fonds euro-croissance dopé par l'assureur.
BNP PARIBAS (CARDIF ASSURANCE VIE)	Eurocroissance	BNP Paribas Avenir Retraite	50 €	3,5 %	1,55 %	-4,82 %	3,69 %	0,82 %	Performances très variables selon les années, frais très élevés.
CAISSE D'ÉPARGNE (CNP ASSURANCES)	Eurocroissance 100	Nuances Privilege ⁽⁴⁾	150 000 €	3 %	0,97 %	-1,35 %	1,55 %	4,39 %	Garantie du capital à 12 ans seulement, résultats décevants.
CRÉDIT AGRICOLE (PREDICA)	Objectif Programmé	Prédisseme 9 série 2 ⁽⁵⁾	40 €	3 %	0,8 %	1,4 %	1,85 %	4,6 %	Accessible mais peu convaincant. Performances sans éclat.
GENERALI (GENERALI VIE)	G Croissance 2014	Himalia ⁽⁶⁾	5 000 €	4,5 %	1,2 %	0,01 %	4,52 %	4,15 %	Fonds euro-croissance prometteur, garantie de 8 à 30 ans au choix.

⁽¹⁾ Sur le contrat. ⁽²⁾ Sur le fonds euro-croissance. ⁽³⁾ Performance du fonds euro-croissance globale, qui ne correspond pas au rendement reçu par chaque épargnant, fixé selon différents critères. ⁽⁴⁾ Également dans le contrat Nuances Plus. ⁽⁵⁾ Également dans les contrats Floriane 2, Espace Liberté 3, LCL Vie, Acuity 2. ⁽⁶⁾ Également dans les contrats Espace Invest 5, L'Épargne Generali Platinum, Bourse Direct Horizon, Épargne Retraite MultiGestion Évolution, Espace Invest 4, Espace Transatlantique Vie, Prim Select Épargne, Xaelidia. SO : sans objet (non existant).

➔ fonds euro-croissance ont-ils perdu 3,5% en moyenne, après avoir rapporté 3,4% en 2017. À comparer au gain de 1,8% enregistré deux années de suite par les fonds en euros classiques. Là repose pourtant la promesse phare de l'euro-croissance: faire mieux que le fonds en euros classique. C'est donc à voir sur la durée, récitent les assureurs.

HORIZON DE 15 ANS MINIMUM

Pour l'heure, seul BNP Paribas possède une antériorité suffisante pour autoriser la comparaison. Sur les 8 dernières années, le fonds euro-croissance de son assurance vie BNP Paribas Avenir retraite affiche un taux moyen cumulé de 27,36%. Ce qui est mieux que le taux moyen des fonds en euros classiques, à 20,64%. Mais il faut toujours se méfier des moyennes en assurance vie: un bon fonds en euros aura également tutoyé les 27 à 30% sur 8 ans. Pour l'avenir, comptez au moins un horizon de 12 à 15 ans pour espérer voir l'euro-croissance faire mieux que les fonds en euros classiques, la faute à des conditions de marché compliquées (taux obligataires bas) et, on vous le dira moins, à des frais élevés. On comprend mieux pourquoi les pouvoirs publics autorisent les assureurs à transférer des plus-values

réalisées sur leurs fonds en euros classiques vers leurs fonds euro-croissance, afin de doper les rendements affichés. Un pillage mollement contesté par les associations d'épargnants, au passage.

Que faire de ce placement, alors? Si votre horizon de placement est de 15 ans ou plus, il a sa place dans votre assurance vie, aux côtés d'autres supports financiers. Quels sont les projets compatibles avec une telle durée? La retraite, bien sûr. Les études des enfants, encore et toujours. Exemple: si votre bambin a 3 ans aujourd'hui, épargner dans un fonds euro-croissance avec un horizon de 15 ans mérite d'être étudié. D'autant que vous pouvez sortir à tout moment de ce placement par un arbitrage sur votre contrat ou, plus radical, par un retrait de votre capital. Pour peu qu'il soit en plus-value, vous seriez gagnant. Reste à espérer que les assureurs améliorent leurs offres, pour l'heure peu convaincantes (*voir notre banc d'essai p. 35*). Précisons encore qu'il est possible de transférer une partie de son assurance vie actuelle sur un fonds euro-croissance (si l'assureur en propose dans sa gamme) en conservant l'antériorité fiscale du contrat d'origine. Une condition: placer au moins 10% du capital sur le fonds euro-croissance... ce qui peut permettre de venir à cette solution en douceur. ♦

Comment décoder l'euro-croissance

Nul besoin de vous attarder sur le jargon des contrats. «Parts de provisions mathématiques», «parts de provisions de diversification»... même les professionnels s'y perdent. Comprenez plutôt la mécanique du produit. Votre épargne sera scindée en deux. Une part servira à garantir le capital au terme, d'où son investissement sur des produits peu risqués pour l'assureur (chose problématique aujourd'hui, au vu des taux obligataires très bas). L'autre part sera investie sur les marchés actions pour doper la performance. Avec un point clé: plus vous opterez pour une garantie lointaine, plus votre épargne sera

gérée avec dynamisme et plus votre capital doit (théoriquement) grossir. Mais munissez-vous d'un décodeur pour savoir ce que rapporte vraiment votre épargne. Le gain affiché annuellement par votre assureur ne vient pas accroître le montant du capital garanti (qui correspond seulement à vos versements nets de frais), contrairement aux fonds en euros classiques. Gare aussi aux performances moyennes annoncées par les compagnies, car chaque assuré perçoit en réalité un rendement différent selon la date de ses versements et l'horizon de sa garantie. Une simplification est attendue prochainement, dixit la loi Pacte. À suivre.

LA TONTINE FINANCIÈRE

SINGULIÈRE DANS SON PRINCIPE, LA TONTINE FINANCIÈRE RÉUNIT DES ÉPARGNANTS QUI INVESTISSENT EN COMMUN POUR UNE DURÉE DE 10 À 25 ANS.

Lorenzo Tonti. C'est ce banquier italien qui, au XVII^e siècle, a inauguré le placement tontinier. Le principe? Des épargnants versent leur obole dans une même cagnotte et se donnent rendez-vous dans 25 ans. Là, les survivants se partageront le capital, majoré des intérêts du gestionnaire (moins les frais, s'entend). Un pari sur votre existence, en somme. Placement exotique, la tontine? Il n'en est rien. Tout est balisé dans le code des assurances (articles R 322-139 et suivants). Et au Conservateur, seul assureur disposant aujourd'hui d'une offre commerciale en la matière, on la définit avec rigueur: «C'est une opération d'épargne de long terme, 10 à 25 ans, qui répond à une stratégie de diversification patrimoniale, en complément des produits d'épargne de précaution que sont les livrets et les enveloppes de moyen terme comme l'assurance vie, indique Corinne Caraux, directrice de l'ingénierie patrimoniale de ce groupe mutualiste. Il revient à l'épargnant de déterminer son horizon de placement en fonction de ses objectifs à terme.»

DURÉE D'ÉPARGNE FIXE ET FONDS BLOQUÉS

Voyons de plus près. Chaque année, Le Conservateur crée une association tontinière ouverte à tout épargnant. Sa durée est toujours de 25 ans, mais, c'est important, on peut entrer dans des tontines déjà existantes, au minimum pour 10 ans. Tout aussi important sinon plus, une fois versée, votre épargne ne sera pas récupérable avant le terme de la tontine, moment où les capitaux et leurs profits seront répartis entre les survivants. Sous quelle

DU TEMPS
CONTRE DU
RENDEMENT



fiscalité? Celle de l'assurance vie, ce qui est un bon point⁽¹⁾. Et si je décède avant le terme? L'épargne est perdue, c'est le principe du placement. La solution: souscrire en parallèle une assurance décès, ce que propose logiquement Le Conservateur pour éviter les désertions.

Au vu de ces lourdes contraintes, tout repose évidemment sur le rendement de ce placement. Alors, profitable? Oui, au vu des résultats affichés par Le Conservateur, malgré des frais élevés (voir encadré ci-contre). Logique: les capitaux étant indisponibles, l'assureur peut les gérer de manière dynamique, avec une forte part d'actions les premières années, puis une sécurisation progressive des plus-values au fil du temps. Attention! L'épargne placée dans une tontine ne contient aucune garantie en capital au terme. Des épargnants en avaient fait les frais dans les années 2000 avec des tontines souscrites chez Astral Finance, alors filiale d'Axa, et dont la commercialisation n'a plus cours.

AVOIR LES REINS SOLIDES

Résumons. Si vous voulez avoir la main sur votre épargne ou si votre situation financière est fragile, passez votre chemin. Idem si vous êtes soucieux de connaître chaque année le rendement de votre capital, car ce n'est que 6 mois après la liquidation de la tontine que vous recevrez votre capital agrémenté des intérêts. Mais affinons l'analyse. Ce placement peut s'envisager avec

un projet précis en tête. Exemple: pour préparer un capital destiné à votre départ en retraite dans 20 ou 25 ans. «*Il est alors astucieux de souscrire des tontines en cascade, à échéances annuelles successives, pour récupérer chaque année des capitaux à sa retraite en profitant des abattements annuels fiscaux sur les intérêts, contre une seule fois si vous placez tout dans une même tontine*», conseille Corinne Caraux. Autre piste: des grands-parents font une donation à un petit-enfant, avec «obligation» de souscrire une tontine financière. Avantage de cette formule, l'argent est indisponible jusqu'aux 20 ou 25 ans de l'enfant, quand la tontine arrivera à échéance. De quoi lui apporter un capital à son entrée dans la vie active, sans possibilité de le récupérer avant, en profitant des abattements fiscaux liés aux donations (31 865 € par grand-parent et par petit-enfant), mais sachant toutefois que le rendement sera moindre (plus on est jeune, moins cela rapporte). Reste un dernier argument en faveur de la tontine, celui de ne pas être soumise aux dispositions dites «Sapin 2» de 2016, qui donnent latitude aux pouvoirs publics pour bloquer les retraits sur les assurances vie, mais pas sur une tontine arrivée à terme. Une seule adresse si vous êtes intéressé: celle du Conservateur, qui gère des tontines depuis 1844. ♦

(1) Abattement de 4 600 € sur les intérêts pour une personne seule, de 9 200 € pour un couple, le solde étant taxé à 7,5 %, sauf exceptions.

Les vraies performances de la tontine

Le rendement final attribué à un adhérent va dépendre de son âge lors de son entrée dans la tontine, des types de versements (uniques ou programmés) et de la durée d'adhésion (10 à 25 ans). D'où un taux différent pour chacun. Ainsi, plus vous serez âgé (85 ans maximum pour adhérer) et/ou plus vous investirez sur une durée longue, meilleure sera votre récompense. Et c'est logique, puisqu'il est aussi plus probable que vous passiez de vie à trépas... Prenons un exemple. Un homme adhère à 45 ans pour une durée de 15 ans (la tontine avait donc déjà 10 ans d'existence), en effectuant un versement unique. Le rendement de son capital pour la tontine ayant pris fin en 2019 aura été de 4,55% par an. Les taux furent proches pour les tontines clôturées précédemment: 4,54% [2018], 4,52% [2017], 4,78% [2016], 4,97% [2015], 5,09% [2014]... Correct, même si rien ne prédit des niveaux égaux à l'avenir. Mais quid des frais? Le taux de 18,5% pris sur les versements est exorbitant, mais les rendements précités intègrent cette charge. Ce n'est pas le cas avec l'assurance vie, dont les frais d'entrée viennent, eux, amputer les rendements annoncés par les assureurs. En fait, ce qui va réduire la performance nette de la tontine tient dans l'assurance décès que chacun sera tenté de souscrire en parallèle. Pour notre homme de 45 ans, le coût est de 7,04% du capital versé sur 15 ans. Ce qui laisse un rendement net un peu supérieur à 4% par an.

INVESTISSEMENT IMMOBILIER

Faut-il opter pour le Denormandie ?

RÉNOVER UN LOGEMENT ANCIEN EN MAUVAIS ÉTAT EN CENTRE-VILLE POUR LE LOUER ET BÉNÉFICIER D'UNE RÉDUCTION D'IMPÔT, TEL EST LE BUT DU DISPOSITIF DENORMANDIE. L'AVANTAGE EST ALLÉCHANT EN APPARENCE, MAIS ATTENTION AUX CONTRAINTES.

PAR **NATHALIE COULAUD**

Depuis janvier 2019, un nouveau dispositif d'investissement locatif est proposé aux particuliers. Il s'agit du « Denormandie », du nom du ministre du Logement. Voté dans la loi de finances pour 2019, il a été complété par un décret et un arrêté parus le 26 mars dernier qui le précisent et le rendent opérationnel. « *L'effondrement des immeubles à Marseille fin 2018 a mis en lumière l'importance de rénover les logements insalubres des centres-villes* », explique Charly Tournayre, responsable de l'ingénierie patrimoniale chez Thesaurus, conseiller en gestion de patrimoine. Le Denormandie permet ainsi à l'investisseur qui rénove un logement ancien de bénéficier d'une réduction d'impôt de 12% s'il le loue pendant 6 ans, de 18% pour une location sur 9 ans, et de 21% pour une location sur 12 ans. Le logement doit être loué nu.

Autre impératif : le logement doit se situer dans l'une des 245 communes du programme « Action cœur de ville », ou encore dans des villes ayant signé une opération de revitalisation du territoire (ORT). Il s'agit de villes moyennes qui ont vu leur population quitter le centre pour, le plus souvent, des maisons en périphérie. Les logements laissés vacants se sont dégradés et le

centre-ville a perdu ses commerces et son dynamisme. Afin de contrer ce phénomène, « Action cœur de ville » mobilise 5 milliards d'euros sur 5 ans et entend revitaliser les quartiers centraux en développant une nouvelle offre commerciale et en accompagnant les commerçants dans la transition numérique. Les ORT, quant à elles, donnent des moyens juridiques et fiscaux aux élus locaux pour redynamiser leur centre. En l'occurrence, le Denormandie concerne des communes aussi diverses que Morlaix, Fontainebleau, Blois, Cahors, Vichy ou Agde. Aucun périmètre particulier n'a été fixé dans les différentes villes : selon le site d'annonces seloger.com, 90% des logements sont susceptibles d'intégrer le dispositif. L'investisseur a donc l'em-

barras du choix. Un immeuble des années 1960 qu'il faut rénover pourra tout à fait entrer dans le périmètre, au même titre qu'un immeuble du XIX^e siècle, quelle qu'en soit la localisation dans la ville.

Redynamiser le centre des villes moyennes

barres du choix. Un immeuble des années 1960 qu'il faut rénover pourra tout à fait entrer dans le périmètre, au même titre qu'un immeuble du XIX^e siècle, quelle qu'en soit la localisation dans la ville.

DES TRAVAUX QUI DOIVENT REPRÉSENTER 25 % DE L'OPÉRATION

L'une des conditions pour bénéficier de l'avantage fiscal est de réaliser des travaux de rénovation importants : ils doivent représenter au moins 25% du prix ➔



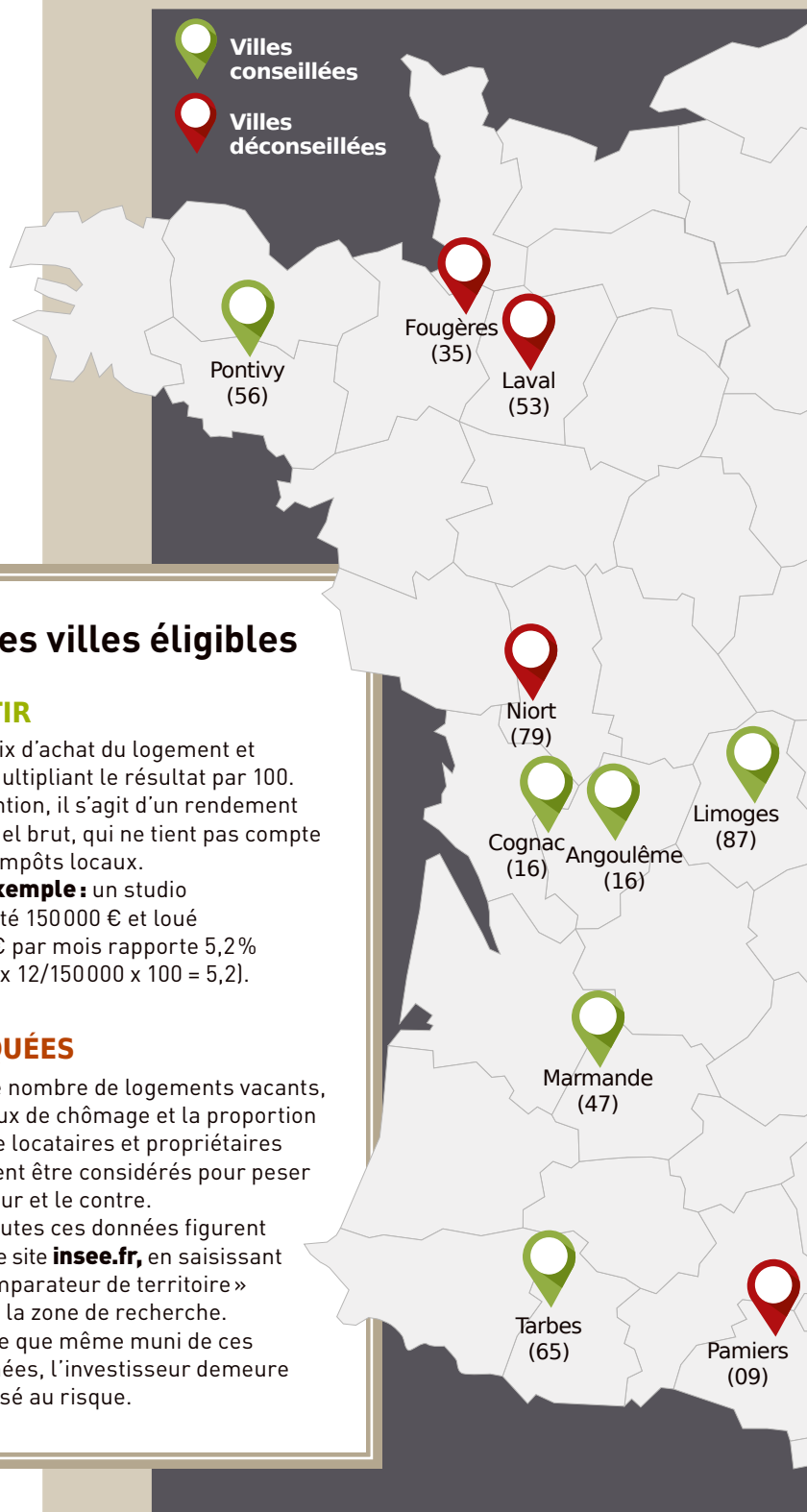
Le dispositif Denormandie est accessible aux logements situés dans l'une des 245 communes du programme « Action cœur de ville », ou dans des villes ayant signé une opération de revitalisation du territoire (ORT).



M. GAILLARD/REA - R. GAILLARD/REA

➔ du logement acheté. «Pour l'achat d'un logement de 150 000 €, il faut donc réaliser 50 000 € de travaux», précise le ministère du Logement. Si le budget rénovation doit se montrer important, le montant de l'investissement, en revanche, ne doit pas dépasser 300 000 €, et la réduction d'impôt ne peut excéder 63 000 €. Dans l'hypothèse où l'opération aurait un coût supérieur à ces 300 000 €, il sera possible de bénéficier de l'avantage fiscal, mais seulement pour la partie inférieure au seuil. En revanche, les avis divergent quant à savoir si le plafond de 5 500 €/m² retenu comme maximum pour le Pinel s'applique aussi au Denormandie. Certains conseillers en gestion de patrimoine préconisent de respecter ce seuil, même si le ministère du Logement semble indiquer qu'il ne s'applique pas. Cela dit, la très grande majorité des villes éligibles n'atteignent pas un tel prix de vente: les prix se situent généralement entre 1 500 et 3 000 €/m². Autre contrainte: il n'est pas possible de faire n'importe quels travaux et de s'arrêter par exemple à la rénovation de la salle de bains ou de

30 VILLES POUR ILLUSTRER LE DISPOSITIF DE NORMANDIE



Les critères de sélection des villes éligibles



LES COMMUNES OÙ INVESTIR

Pour MeilleursAgents, qui a examiné les 245 communes éligibles au dispositif Denormandie, 147 villes sont considérées comme rentables. Un investissement de 100 000 € permet d'y espérer une rentabilité supérieure à 3%.

► **La rentabilité brute** se calcule en divisant le loyer annuel par

le prix d'achat du logement et en multipliant le résultat par 100. Attention, il s'agit d'un rendement annuel brut, qui ne tient pas compte des impôts locaux.

► **Exemple:** un studio acheté 150 000 € et loué 650 € par mois rapporte 5,2% ($650 \times 12 / 150\,000 \times 100 = 5,2$).



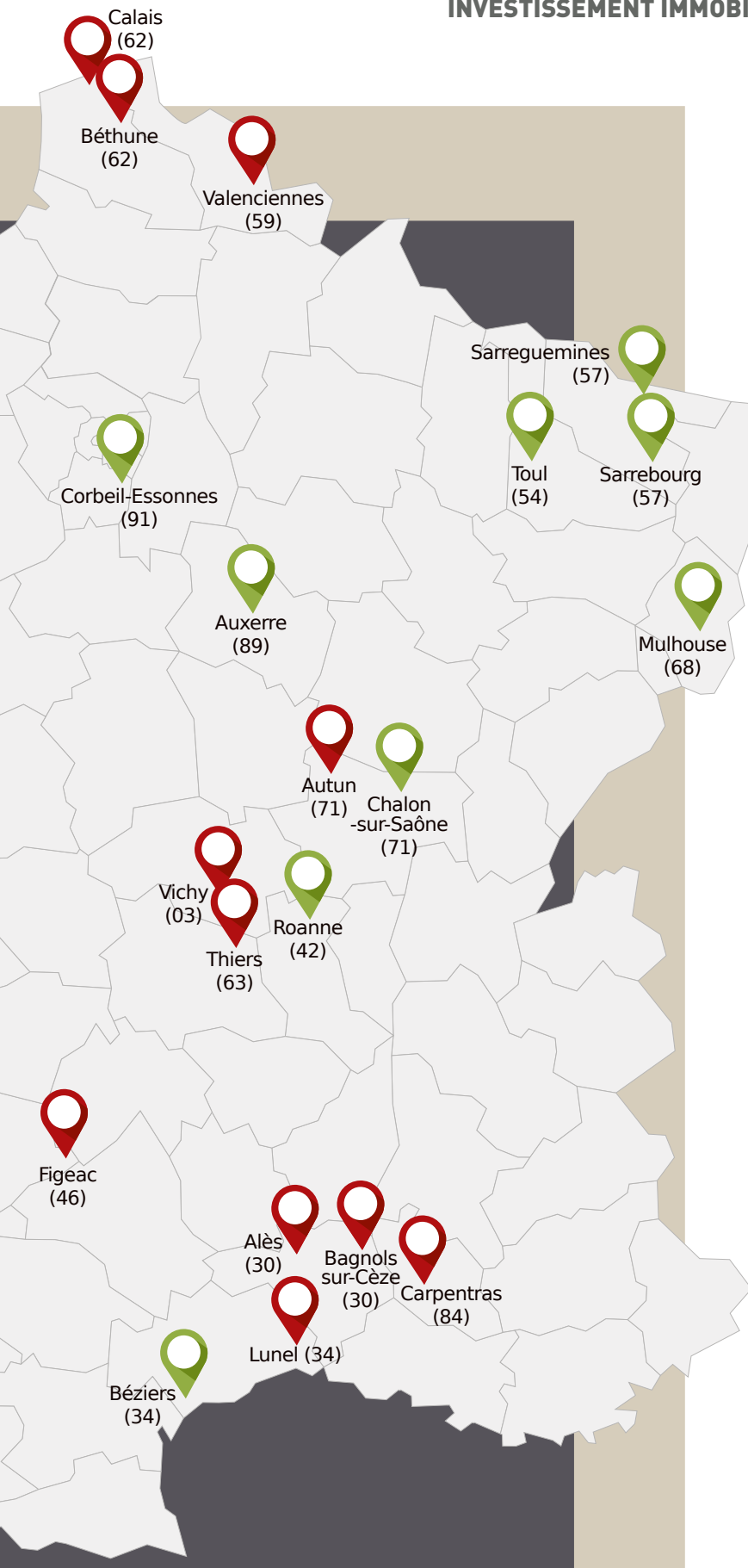
LES COMMUNES TROP RISQUÉES

La rentabilité brute n'est pas le seul critère à prendre en compte, car un achat immobilier est un investissement à long terme.

► **Le dynamisme de la ville** doit être pris en considération: si le solde migratoire est positif, on peut considérer que la ville est dynamique; si la population vieillit et diminue année après année, le risque à moyen terme est trop élevé en dépit de l'avantage fiscal.

► Le nombre de logements vacants, le taux de chômage et la proportion entre locataires et propriétaires doivent être considérés pour peser le pour et le contre.

► Toutes ces données figurent sur le site **insee.fr**, en saisissant «comparateur de territoire» dans la zone de recherche. Reste que même muni de ces données, l'investisseur demeure exposé au risque.



la cuisine. Le décret et l'arrêté du 26 mars indiquent que le propriétaire doit réaliser un «bouquet de travaux», c'est-à-dire deux types d'interventions parmi cinq propositions : isolation des combles, des fenêtres et/ou des murs donnant sur l'extérieur ; changement du système de chauffage et/ou du système de production d'eau chaude sanitaire. À la place de ce bouquet de travaux, l'investisseur peut aussi choisir d'améliorer les performances thermiques d'ensemble du bâtiment. Celles-ci doivent permettre une réduction de 30% de la consommation d'énergie, ou 20% pour un logement situé dans une copropriété. Cette diminution de la consommation prend en compte l'énergie nécessaire pour le chauffage, la production d'eau chaude sanitaire et le refroidissement. Le but est de faire sortir le logement de la catégorie «passoire thermique» (étiquettes F et G) : «Si l'investisseur choisit une économie d'énergie globale, il devra faire réaliser un diagnostic de performance énergétique avant les travaux et un autre après, afin de montrer que les critères d'économie d'énergie sont bien atteints», prévient Thomas Lefebvre, directeur scientifique de MeilleursAgents.

Les matériaux utilisés doivent également répondre à des critères très précis de performance thermique. Ces critères ressemblent à ceux du crédit d'impôt pour la transition énergétique, et l'administration fiscale peut demander toutes les factures justifiant de leur

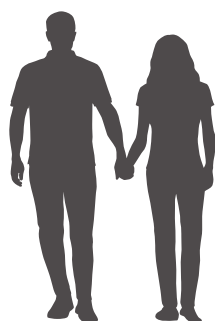
Les travaux doivent être effectués par des entreprises certifiées

respect. Ce qui implique de passer par des entreprises, excluant ainsi du dispositif les particuliers qui voudraient réaliser les travaux par leurs propres moyens. Et comme dans le cas du crédit d'impôt pour la transition énergétique, le recours à un artisan RGE (reconnu garant de l'environnement) est indispensable. D'autres conditions s'appliquent une fois le logement rénové. Car il n'est pas possible de louer à n'importe quel locataire ni à n'importe quel loyer. Les critères sont les mêmes que ceux du Pinel. Ainsi, le locataire ne doit pas percevoir des revenus supérieurs à 29 048 € par an en zone C, c'est-à-dire en zone dite «détendue» du territoire, à laquelle appartiennent la majorité des villes éligibles au Denormandie. Un couple avec deux personnes à charge ne doit pas gagner plus de 54 379 € par an. Les loyers sont également plafonnés. En zone C, le loyer maximal sera de 8,93 €/m²/mois, en zone B1, de 10,28 €/m²/mois, et il



EXEMPLE D'INVESTISSEMENT

Un appartement de 70 m² à Agde



Laurence et François

55 ans et 58 ans,
mariés

Désireux de profiter des avantages du dispositif Denormandie, Laurence et François font l'acquisition d'un appartement à Agde, dans l'Hérault, afin d'y mener d'importants travaux.

LE BIEN

Laurence et François décident d'investir à Agde (zone B1), une ville qu'ils connaissent pour y séjourner en vacances, avec l'objectif de bénéficier du Denormandie. Après quelques recherches sur place, le couple opte pour un appartement de 70 m² dans le centre-ville.

La dépense est de 98 000 € (soit 1 400 €/m²)

Le prix relativement bas par rapport à la moyenne de la ville est lié au mauvais état du logement. Laurence et François, en effet, ont centré leurs recherches sur des logements nécessitant suffisamment de travaux pour répondre à l'obligation fixée par la réglementation.

LES FRAIS

Au prix de vente s'ajoutent les frais de notaire de 8 400 € (voir le simulateur sur immobilier.notaires.fr ou service-public.fr). Le couple fait établir des devis par des artisans pour remplacer la vieille chaudière au fioul, les fenêtres et la porte d'entrée, refaire entièrement l'électricité, la cuisine et la salle de bains, et enfin modifier des cloisons pour agrandir la pièce à vivre (compter entre 800 € et 1 500 € par mètre carré habitable pour de la rénovation).

Résultat : 70 000 € de travaux au total

Prix de l'opération : 98 000 + 8 400 + 70 000 = 176 400 €.

La part des travaux minimale est de 25 % de l'opération, soit 44 100 €.

Avec 70 000 € de travaux, Laurence et François se situent donc largement au-dessus de ce montant.

LE LOYER

Le loyer maximal autorisé est de 10,28 €/m²/mois (près du loyer du marché qui est de 10,60 €/mois/m²).

Loyer maximal pour l'appartement de Laurence et François : 719 €/mois, soit 8 635 €/an

- **Location pour 6 ans :** la réduction d'impôt est de 12 % de l'investissement, soit **21 168 €** sur la période.
- **Location pour 9 ans :** la réduction d'impôt est de 18 %, soit **31 752 €**.
- **Location pour 12 ans :** la réduction d'impôt est de 21 %, soit **37 044 €**.

➔ sera de 12,75 €/m²/mois en zone A, bien que celle-ci ne comprenne que peu de villes éligibles au Denormandie. Précision utile : il est possible de louer le logement à des ascendants ou à des descendants dans la mesure où ils respectent les conditions de ressources.

RESTE À CONVAINCRE LES INVESTISSEURS

Il est encore trop tôt pour dire si le succès du Denormandie sera au rendez-vous, même si les professionnels de l'immobilier et les élus locaux ont reconnu l'intérêt de la démarche. Le gouvernement a d'ailleurs prévu un budget de 120 millions d'euros pour 2019, montant sans comparaison avec l'enveloppe de 1,7 milliard d'euros mobilisée pour le dispositif Pinel d'investissement locatif dans le neuf. Les objectifs fixés sont donc plutôt modestes. C'est tout d'abord la ville et ses possibilités que les investisseurs doivent regarder de près. Une étude du site

d'estimation MeilleursAgents montre que, dans certaines communes, la demande locative n'est pas suffisante. Les contraintes sur les plafonds de ressources limitent le nombre de locataires éligibles, et le plafonnement des loyers amoindrit la rentabilité. Dans d'autres villes, le nombre d'habitants est en diminution année après année, ce qui posera certainement un problème lors de la revente du logement à la fin de la période de location. Il pourrait même arriver que l'investisseur ne soit pas certain de rentrer dans ➔

Bien choisir la ville, condition "sine qua non" de la rentabilité

D'AUTRES DISPOSITIFS SONT POSSIBLES

LE DENORMANDIE S'AJOUTE À UNE LONGUE LISTE DE DISPOSITIFS D'AIDE À L'INVESTISSEMENT DANS L'ANCIEN, VISANT À ÉLARGIR L'OFFRE LOCATIVE. SI LE DENORMANDIE NE VOUS CONVIENT PAS, D'AUTRES DISPOSITIFS À BASE DE RÉNOVATION VOUS SONT PROPOSÉS.

LE DÉFICIT FONCIER

Il vous est tout d'abord possible de réaliser des travaux et d'en déduire le coût de votre revenu foncier. Si le montant des travaux dépasse les loyers perçus sur l'année, il est possible d'imputer ce déficit sur les revenus globaux, dans la limite de 10 700 €. La part dépassant ce montant ne sera pas perdue : l'excédent est reportable sur vos revenus fonciers des 10 années suivantes. Le déficit foncier permet donc de limiter votre impôt. Et c'est d'autant plus intéressant qu'il n'est pas pris en compte dans le calcul du plafonnement global des niches fiscales. Seules contraintes : l'obligation de louer pendant un minimum de trois ans et le choix du régime réel pour la déclaration de revenus immobiliers, et non du système simplifié baptisé « micro foncier ».



R. DAMORET/REA

LE « COSSE ANCIEN »

Ce dispositif aussi baptisé « louer abordable » vous permet de bénéficier d'une déduction sur vos revenus fonciers en plus des charges classiques, à condition de louer à des ménages modestes ou très modestes. L'avantage fiscal prend la forme d'un abattement sur vos loyers pouvant atteindre 70%, voire 85% si vous confiez la gestion du bien à une agence immobilière sociale ou à une association de gestion agréée. Il faudra alors signer une convention avec l'Agence nationale d'amélioration de l'habitat (Anah) et respecter des plafonds de loyer et de ressources pour les locataires. Autre obligation, louer au minimum 6 ans, voire 9 ans si vous bénéficiez d'une subvention de l'Anah. Ce dispositif est accessible aux villes classées en zone A bis, A, B1 ou B2 (arrêté du 1^{er} août 2014), mais depuis la loi Élan du 23 novembre 2018, le Cosse ancien a aussi été élargi aux communes de la zone C, à condition que le

bien bénéficie de travaux d'amélioration et qu'il fasse l'objet d'un conventionnement Anah social ou très social.

LE « PINEL ANCIEN »

Le Pinel ne concerne pas seulement les logements neufs. L'acquisition d'un logement ne répondant pas aux normes de décence en vue de sa réhabilitation, l'achat d'un local que vous transformez en logement, peuvent aussi faire l'objet du dispositif Pinel. Il faut néanmoins que le logement soit situé dans une ville en secteur A, A bis ou B1, c'est-à-dire les grandes villes où les logements manquent. Le Pinel ancien concerne donc les zones où le Denormandie ne peut pas s'appliquer. La réduction d'impôt Pinel est de 21 % du montant de l'investissement, à condition de le louer 12 ans à des locataires aux revenus plafonnés et pour un loyer un peu inférieur à celui du marché. À noter : les travaux, qui doivent répondre aux critères exi-

gés par les labels Haute Performance énergétique 2009 (HPE 2009) ou BBC Rénovation 2009, sont potentiellement plus importants que dans le cas du Denormandie.

LE MALRAUX

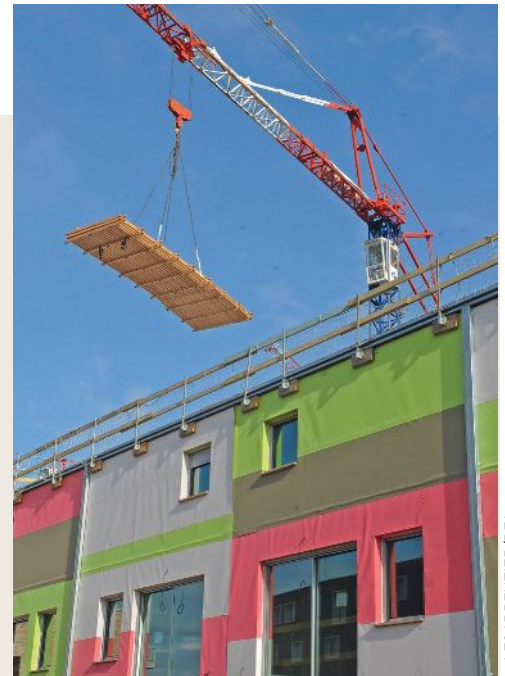
Plutôt destiné aux centres anciens présentant un patrimoine historique riche (liste des villes fixée par arrêté du 19 janvier 2018), le dispositif Malraux permet de bénéficier d'une réduction d'impôt de 22 % (voire 30 % dans les secteurs sauvegardés) du montant des travaux et des dépenses liées à la restauration de l'immeuble. Réalisés sous la supervision d'un architecte des Bâtiments de France, les travaux doivent faire l'objet d'une autorisation délivrée par le préfet, et la réduction d'impôt est plafonnée à 400 000 € sur 4 ans. Il faut ensuite prendre l'engagement de louer le bien nu pendant 9 ans, à usage de résidence principale du locataire.

PINEL OU DENORMANDIE ?

Choisir le bon dispositif

Avec une somme d'argent à placer et la volonté de réaliser un investissement locatif, vaut-il mieux faire du Pinel ou du Denormandie ? Les deux dispositifs présentent de fortes similitudes. La réduction d'impôt possible est la même – dans les deux cas, elle peut atteindre 21 % d'un montant maximal investi de 300 000 €, soit 63 000 €, et les durées de location prévues ainsi que les plafonds de loyer sont également identiques. Mais le Pinel concerne les logements neufs ou entièrement remis à neuf. Le choix entre les deux dispositifs se fait donc d'abord sur le budget : du fait que le dispositif vise à créer de nouveaux logements abordables dans des grandes villes qui en manquent, le ticket d'entrée du Pinel est nécessairement plus onéreux. Les prix des logements neufs dans de grandes villes comme Toulouse ou Bordeaux, ou a fortiori

en région parisienne, atteignent voire dépassent 6 000 €/m². Dans ce cas, acheter un studio de 25 m² nécessite de déboursier quelque 150 000 €. Dans les villes faisant partie du dispositif Denormandie, où les prix de l'immobilier se situent plutôt aux alentours de 2 000 €/m², parfois 3 000 €, le même studio coûtera de 60 000 € à 85 000 € avec les travaux nécessaires. Mais si l'investissement est moins onéreux, le risque est plus grand du côté du Denormandie. En effet, la demande locative est moins importante dans les villes prévues par ce dispositif, car certaines présentent une population vieillissante et en baisse. La revente du logement à la fin du dispositif fiscal sans moins-value peut donc être difficile. Enfin, pour investir en Pinel, il suffit généralement de franchir la porte



L. LECARPENTIER/REA

d'un promoteur ou de son conseiller financier et de se laisser guider. Avec le dispositif Denormandie, l'investisseur doit mener l'opération lui-même, choisir la ville, le logement, et procéder au suivi des travaux. Le temps à passer sur ce type d'investissement est donc nécessairement plus long que dans le cas du Pinel.

→ ses frais, car une moins-value grignote l'avantage fiscal. Des villes considérées comme intéressantes au premier abord s'avèrent finalement trop risquées après une analyse plus fine : c'est notamment le cas de Thiers, d'Autun, de Vichy ou de Carpentras, selon MeilleursAgents. « *Tout dépend aussi de la façon dont la ville envisage son développement et sa redynamisation. Avec l'opération Action cœur de ville, certaines veulent vraiment redonner de l'attractivité à leur centre et y mettent des moyens. Et si cela fonctionne,*

la demande locative repartira et le risque à la revente sera moins grand », explique Johan Coulombe, directeur régional Bourgogne de Quintésens, conseiller en gestion de patrimoine. Pour savoir si la localisation est intéressante, il faut donc regarder attentivement les projets, la population et son évolution, ainsi que le pourcentage de logements vacants. Il est également nécessaire de regarder le prix des loyers. Connaître la ville, éventuellement y avoir des attaches, est assurément un plus pour évaluer tous ces paramètres. Après avoir choisi la ville, il faut encore faire en sorte de bien choisir le logement lui-même, s'assurer qu'il y ait juste assez de travaux mais pas trop non plus, car un logement insalubre peut facilement devenir un gouffre financier. Le problème se pose en achetant

30 ans de dispositifs défiscalisants

Le Denormandie est le dernier dispositif défiscalisant, mais il est précédé d'une longue série. Certains ont connu de francs succès comme le Scellier ou le Pinel. D'autres ont été des fouts... comme le Duflot.



dans une copropriété, car même s'il est possible de bien rénover le logement, la rénovation des parties communes n'est pas du seul ressort de l'investisseur. Et l'expérience montre que dans les centres-villes en perte de vitesse, de petits immeubles mal entretenus pendant des années peuvent se trouver en très mauvais état, avec des copropriétaires impécunieux ou qui ne souhaitent pas s'engager dans une rénovation. Tout l'avantage promis par un logement peut donc être gommé par ces copropriétés en difficulté. D'où l'intérêt de se montrer sélectif ou, pour plus de sécurité, d'acheter une petite maison.

UN DISPOSITIF RÉSERVÉ AUX INVESTISSEURS AVERTIS

Se lancer dans un investissement de type Denormandie nécessite donc d'analyser de nombreux éléments et de vérifier à chaque étape que les conditions nécessaires à l'obtention de l'avantage fiscal sont bien remplies. Si un seul critère vient à faire défaut, la réduction d'impôt pourra être remise en cause. Cela exclut du dispositif les particuliers qui ne seraient pas particulièrement habitués à ce type d'investissement. Pour sauter le pas, il faudrait qu'ils puissent s'appuyer sur des opérateurs proposant des opérations clés en main, susceptibles de garantir à l'investisseur qu'ils bénéficieraient à coup sûr de la réduction d'impôt. *« Pour l'instant, ce type de professionnels n'existe pas, car cela demande beaucoup de connaissances, estime Ulrich Maurel, président du directoire de la Compagnie européenne de crédit. Des connaissances qui concernent aussi bien le marché immobilier local, les dispositifs de défiscalisation, que les travaux de rénovation. »* Reste à voir si finalement, en dépit de l'avantage fiscal alléchant, le Denormandie ne va pas rester un outil réservé à un petit nombre d'investisseurs... ♦

Les conditions de l'avantage fiscal doivent toutes être vérifiées



HAMILTON/REA

3 QUESTIONS À... JULIEN DENORMANDIE

MINISTRE AUPRÈS DE LA MINISTRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES ET DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES, CHARGÉ DE LA VILLE ET DU LOGEMENT

« Les collectivités doivent aider à réaliser du Denormandie »

Que Choisir Argent : A-t-on déjà une idée du nombre de personnes qui auraient choisi de rénover un logement avec ce dispositif ?

Julien Denormandie : C'est trop tôt, le dispositif vient tout juste d'être lancé. En revanche, le retour est très positif de la part des collectivités appartenant au programme Action cœur de ville et de celles qui souhaitent mettre en place une ORT (opération de revitalisation du territoire). Elles ont manifesté leur intérêt pour ce dispositif et nous sommes confiants, elles s'en saisiront. Nous n'avons pas fixé d'objectif national chiffré. L'essence même de ce dispositif est de répondre aux spécificités de chaque territoire, ce qui justifie d'ailleurs qu'il ne soit pas assis sur un zonage national. Il va se déployer dans les communes engagées dans la démarche Action cœur de ville, ou celles qui décideront de conclure une opération de revitalisation des territoires.

QCA : Les exigences fixées par le décret et l'arrêté, notamment celles qui concernent les économies d'énergie, ne sont-elles pas trop draconiennes ?

J.D. : Je ne le pense pas. Il ne peut pas être envisagé d'accorder une aide fiscale en faveur de la rénovation de logements sans prendre en compte le critère de performance énergétique. En l'occurrence les conditions sont relativement simples à remplir : les travaux devront améliorer la performance énergétique du logement d'au moins 30 % (20 % en copropriété) ou représenter un bouquet de travaux (au moins deux actions sur cinq). Le logement ainsi rénové ne devra plus être une passoire énergétique (catégorie F ou G).

QCA : À qui les particuliers peuvent-ils s'adresser pour obtenir de l'aide ?

J.D. : Les collectivités doivent être le relais des dispositifs mis en place par l'État, nous leur avons d'ailleurs écrit pour ce faire. Les agences immobilières et les professionnels du secteur doivent également nous aider pour que les propriétaires bailleurs qui ont la volonté de rénover leur bien puissent le faire en bonne connaissance des outils qu'ils ont à leur disposition.

FAMILLES RECOMPOSÉES

La succession pour tous

C'EST UNE ÉVIDENCE, LE SENS DU MOT « FAMILLE » A BIEN CHANGÉ. LES MŒURS ONT PROFONDÉMENT ÉVOLUÉ EN UN DEMI-SIÈCLE, ET EN DÉPIT DES ÉVOLUTIONS DU DROIT ET DE LA FISCALITÉ POUR « COLLER » AUX USAGES, LA SUCCESSION DES FAMILLES DITES RECOMPOSÉES MÉRITE ATTENTION.

PAR **PAULINE JANICOT** ET **MARIE PELLEFIGUE**
ILLUSTRATIONS **MARIANNE MAURY KAUFMANN**

La notion de cellule familiale a très fortement évolué en France au cours des cinquante dernières années. Si dans les années 1970, un foyer typique se composait d'un couple hétérosexuel marié avec deux ou trois enfants, cette définition a désormais volé en éclats. Car après une première union, pas forcément légitimée devant monsieur le maire, de plus en plus de personnes se séparent puis « refont » leur vie. Ainsi, la « famille traditionnelle » n'est plus la norme absolue, et il faut désormais compter sur la famille recomposée. Conséquence immédiate de ces changements sociologiques : le droit, autrefois centré sur un foyer classique, a évolué. À titre d'exemple, depuis le 1^{er} janvier 2006, il n'existe plus de distinction entre les enfants naturels, nés hors mariage, et les enfants légitimes. Logique, puisque aujourd'hui plus d'un enfant sur deux naît de parents qui ne sont pas mariés.

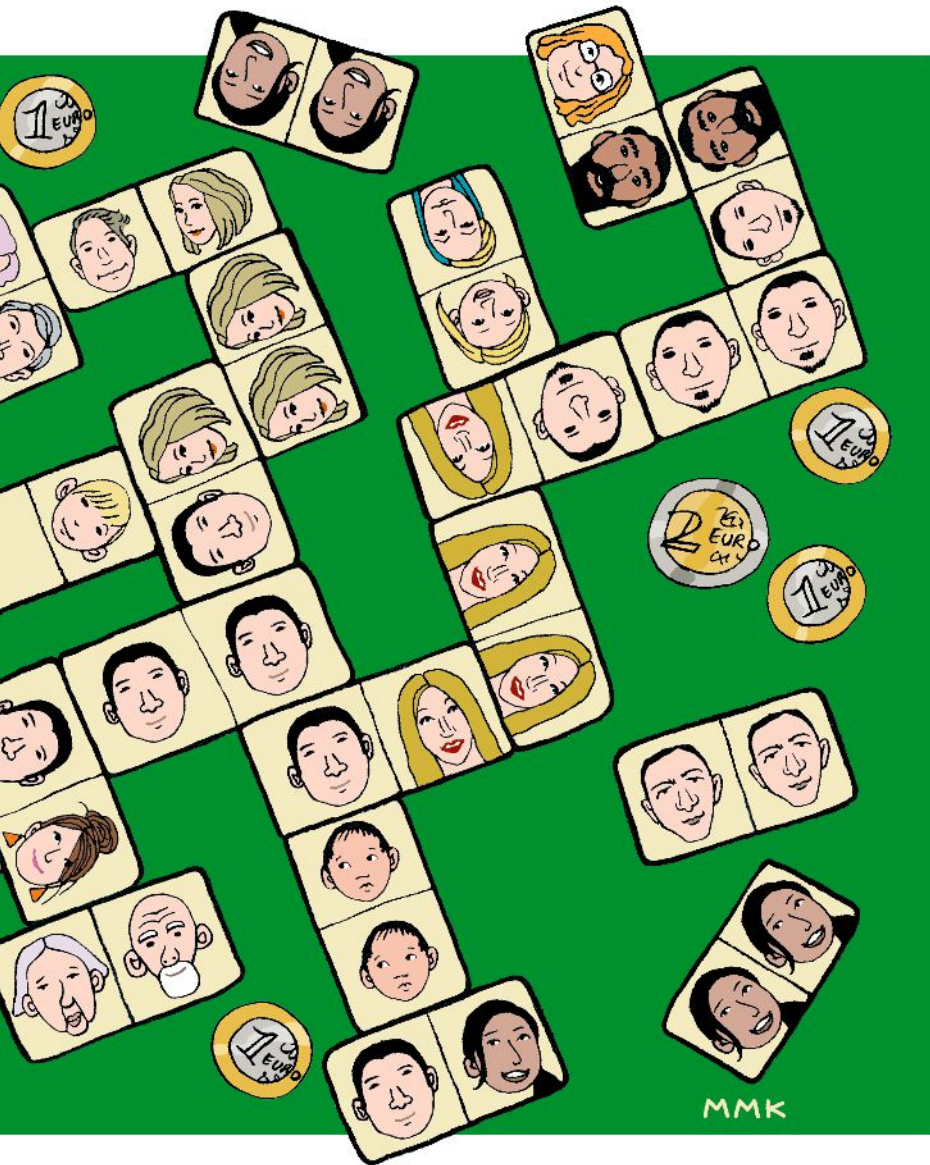
UNE SITUATION QUI PEUT SE RÉVÉLER DANGEREUSE

Même si les mentalités et le code civil évoluent, le fait de vivre dans une famille recomposée peut être source de tensions. Outre que des beaux-parents doivent s'accorder avec les enfants de leur conjoint, ce qui est parfois difficile, les petits nouveaux ne s'entendent pas forcément avec les fratries issues des précédentes unions. « *Au quotidien, cette situation impose de faire des compromis*, constate Murielle Gamet, notaire au sein de l'étude Cheuvreux. *Mais c'est surtout lors des*

successions que la situation peut se révéler conflictuelle. » Car bien souvent, tant que le parent et sa nouvelle moitié sont vivants, la famille reste unie, tout au moins en façade. Mais au moment du premier décès les rancœurs peuvent venir à s'exprimer, et voilà les multiples héritiers qui s'affrontent autour des questions d'héritage. D'un côté, les enfants nés d'une précédente union exigent que leurs droits soient respectés, de l'autre, le nouveau conjoint demande à être protégé pour conserver son train de vie.

Beau-parent contre enfants d'une première union, seconde fratrie contre aînés... Les notaires voient régulièrement défiler dans leurs études des cas de transmission complexes, et il peut leur arriver d'avoir à servir d'arbitres entre les héritiers. La récente médiatisation de « l'affaire Hallyday » en est un exemple édifiant. Nul besoin, pour autant, qu'un important patrimoine soit en jeu pour que des rivalités se fassent jour. « *Parfois des héritiers s'affrontent pour récupérer des souvenirs de famille sans valeur financière, mais très chargés émotionnellement* », constate Jean-Tugdual Le Roux, notaire à Trébeurden (Côtes-d'Armor). Pour éviter les futures querelles entre héritiers, mieux vaut donc préparer sa transmission, ou en tout cas l'anticiper. « *Le maître mot*





en la matière est la communication», martèle Arlette Darmon, présidente du réseau notarial Monassier. Effectivement, en réunissant tous vos enfants et votre nouvelle moitié et en leur expliquant vos volontés, vous leur donnerez l'occasion de s'exprimer. Ce qui permettra aussi d'éviter de gros écueils...

FAIRE LE CHOIX D'UNE FRANCHE DISCUSSION

«Un père de famille veuf avait décidé par testament de léguer la maison de vacances à son fils aîné, né d'un premier mariage, et tout son patrimoine financier à sa fille issue de la seconde union, illustre un notaire. Il avait scrupuleusement respecté l'égalité entre ses deux enfants et était satisfait de ce partage.» Le souci ? À l'ouverture du testament les deux héritiers se sont effondrés, le fils détestant la maison qui lui rappelait le divorce de ses parents, la fille y étant au contraire très attachée. Pour éviter ce genre de situation inextricable, il aurait suffi d'une franche discussion à trois. Autre bonne idée : prendre conseil chez un professionnel une fois que vous aurez fixé vos objectifs, car il existe autant de solutions pour préparer sa succession que de typologies de familles. ♦

CHIFFRE CLÉ

720 000 familles sont recomposées en France. Elles rassemblent 1,5 million d'enfants, soit un peu plus d'un enfant sur dix.

(Source : Insee.)

DÉFINITION

Est recomposée une famille qui comprend un couple d'adultes, mariés ou non, et au moins un enfant né d'une précédente union de l'un des parents. Les enfants vivant au sein du foyer et leurs demi-frères ou demi-sœurs font également partie de la famille recomposée.

(Source : Insee.)

LA PAROLE À...

NATHALIE COUZIGOU-SUHAS,
NOTAIRE À PARIS



Discuter en amont avec ses proches réduit les incompréhensions

“ Les successions peuvent être sources de conflits au sein des familles, car elles soulèvent parfois des rancœurs ou des non-dits entre les proches. Ce phénomène est encore accentué au sein des familles recomposées. Chaque foyer a sa propre histoire, et il n'existe malheureusement pas de solution miracle pour garantir la bonne entente. Néanmoins, assurer la protection du nouveau partenaire et des enfants communs ou nés d'une précédente union doit être anticipé pour limiter les conflits. Trouver le juste équilibre reste possible à condition de discuter en amont pour mettre les choses au clair. Certains parents préfèrent ne pas aborder ces discussions délicates et privilégient l'adage "après moi le déluge". Mais dans le meilleur des cas ce choix n'arrange rien, et au pire il engendre de vives tensions entre les membres de la famille. Si l'on est trop pudique ou mal à l'aise vis-à-vis de ces questions épineuses, il faut, au minimum, laisser une lettre pour justifier ses choix. Par exemple, si un couple remarié ne détient qu'une résidence principale dans son patrimoine, lorsque l'un des deux décèdera, l'époux survivant pourra l'occuper jusqu'à la fin de ses jours grâce au droit légal du conjoint sur le logement. Or cette situation peut être mal vécue par les enfants d'un premier lit. Il sera donc utile de leur expliquer que leur beau-parent a peu de ressources et que c'est là le seul moyen de le protéger. »

PROTÉGEZ VOTRE CONJOINT

Une question d'équilibre

PLUSIEURS DISPOSITIFS EXISTENT POUR PROTÉGER LA PERSONNE AVEC QUI VOUS VIVEZ TOUT EN PRÉSERVANT LES INTÉRÊTS PATRIMONIAUX DE VOS ENFANTS.



Un Français sur deux l'ignore: en cas de remariage, les enfants d'une première union peuvent être mécaniquement désavantagés au moment de la succession. Et 66% n'ont encore rien entrepris pour préparer la transmission de leur patrimoine. Selon une étude de l'Union financière de France (UFF), ces familles sont peu préparées aux enjeux de la succession (*lire encadré p. 50*). Pourtant, les risques de conflits peuvent être importants. «*Le décès du parent qui assure le "lien" entre tous les membres de la famille est souvent source de querelles*», constate Catherine Costa, directrice du pôle solutions patrimoniales chez Natixis Wealth Management. Or protéger sa moitié sans nécessairement désavantager ses enfants est tout à fait possible, à condition de l'anticiper et de faire les bons choix. Nos conseils pour y parvenir.

Mal anticipée, la succession peut être source de querelles

Statut du couple : privilégiez la séparation de biens

Le premier impératif est de choisir le bon statut pour votre couple. Après un divorce douloureux, certains préfèrent vivre en union libre. Or il existe des astuces qui permettent de favoriser le concubin, par exemple en faisant l'acquisition d'un bien à travers une société civile immobilière (SCI) et en lui attribuant un nombre de parts important. «*Mais ce statut doit être évité dans la mesure du possible, car le concubin n'a aucune protection et il aura à payer des droits élevés de 60% sur les biens qu'il recevra lors de la succession*», avertit Catherine Costa. Pour protéger davantage votre moitié, vous pouvez conclure un pacte civil de solidarité (pacs) qui doit être enregistré en mairie ou chez un notaire. Accompagné d'un testament, il permet de transmettre une part de vos biens à votre partenaire sans que ce

dernier ne règle aucuns droits de succession. Mais attention, ce contrat reste moins protecteur que le mariage. «*On ne peut laisser à l'autre qu'une part limitée de ses biens. Sans compter que le partenaire n'a pas le droit de toucher la pension de réversion, qui reste réservée aux couples unis par le mariage*», rappelle Catherine Costa.

Si vous envisagez de vous remarier, il faut alors réfléchir au régime le plus adapté à votre situation personnelle. Votre patrimoine, vos revenus, la présence d'un ou de plusieurs enfants, commun(s) ou non..., de nombreux éléments entrent en ligne de compte pour faire le bon choix et protéger votre moitié sans léser vos descendants (*lire encadré ci-contre*). N'hésitez pas à prendre conseil auprès d'un notaire. Le régime légal de la communauté réduite aux acquêts (appliqué si vous convolez sans contrat de mariage), par exemple, peut se montrer judicieux si vos ressources sont très déséquilibrées. «*Il permet à chacun de conserver ses biens personnels acquis ou reçus avant l'union, et de mettre en commun ce que l'on gagne ou ce que l'on achète durant la vie à deux*», explique Valérie Bentz, responsable des études patrimoniales à l'UFF. Toutefois,



quand c'est possible, faites le choix de la séparation de biens. Avec ce régime, chaque époux est propriétaire des placements qu'il acquiert et de ses revenus avant et pendant le mariage. Pour le patrimoine constitué à deux, la règle est celle de l'indivision, où la part de chacun s'établit selon sa contribution dans l'acquisition. «*Nous recommandons vivement ce régime aux couples qui refont leur vie, car il présente l'avantage de cloisonner le patrimoine des deux familles et évite les conflits lors du décès de l'un des parents*», estime Murielle Gamet, notaire au sein de l'étude Cheuvreux. Quel que soit le régime choisi, le conjoint survivant pourra continuer à occuper le logement familial durant toute sa vie et bénéficier de la pension de réversion, sous certaines conditions.

N'OUBLIEZ PAS ! Si vous optez pour le régime de la séparation de biens, vous devez signer un contrat. Pour être valable, il doit être rédigé par un notaire et faire l'objet d'une publication dans un journal d'annonces légales. Son enregistrement est soumis à un droit fixe de 125 euros, auquel s'ajoutent les frais de rédaction du contrat et les frais de publication.

LA PAROLE À...

VALÉRIE BENTZ,
RESPONSABLE DES ÉTUDES PATRIMONIALES
À L'UNION FINANCIÈRE DE FRANCE (UFF)



TH. LAISNE

Limitez autant que possible les situations de conflit

«*Lorsque l'on refait sa vie, il est parfaitement légitime de vouloir assurer à la fois la protection de son nouveau partenaire et celle de ses enfants, communs ou non. Ces objectifs ne sont pas contradictoires, mais il faut être très prudent quant au choix de son statut conjugal et aux décisions que l'on prend dans le but de favoriser l'autre. Quel est le patrimoine de chacun ? Quels sont les revenus perçus par le couple ? Y a-t-il des enfants d'une précédente union ? L'écart d'âge entre vous et votre conjoint actuel est-il important ? Tous ces éléments doivent évidemment être pris en compte pour faire les bons choix et trouver des solutions sur mesure. Par exemple, laisser un bien qui à son décès sera détenu en commun par le conjoint survivant (usufruit) et par les enfants d'un premier lit (nue-propriété) peut devenir un véritable cadeau empoisonné. À plus forte raison si la différence d'âge entre conjoint survivant et enfants est peu importante. Elle sera probablement source de tensions, car les enfants n'hériteront de ce bien que très tardivement.*»

Augmentez les droits de votre moitié

En présence d'un ou plusieurs enfants non commun(s), sachez que la loi limite les droits du conjoint survivant. Elle prévoit que ce dernier recueille le quart de la succession en pleine propriété (lire tableau p.50). Il sera donc privé de tout droit en usufruit. En pratique, il ne pourra donc pas toucher les revenus d'un bien ou d'un placement (loyers, dividendes...) ni même l'utiliser. Plusieurs solutions existent néanmoins pour améliorer sa protection. Les couples mariés en séparation de biens peuvent par exemple aménager leur

régime et créer une « société d'acquêts » qui permettra à chacun de conserver son indépendance patrimoniale tout en mettant en commun des biens personnels. «*On peut y loger la résidence principale et prévoir qu'elle revienne au conjoint survivant*», ajoute Murielle Gamet. C'est une façon efficace d'assouplir les effets de la séparation de biens. » Cet avantage matrimonial doit être réalisé chez un notaire.

La donation « au dernier vivant » (ou entre époux), en revanche, doit être maniée avec une grande précaution. «*Elle offre beaucoup de souplesse car elle permet au conjoint survivant de choisir des biens dans la succession pour subvenir à ses besoins, grâce à un dispositif appelé "cantonnement"*», observe Nathalie Couzigou-Suhas, notaire à Paris. À titre d'exemple, il ou elle peut opter pour l'usufruit sur toute la succession, mais exclure un bien immobilier qui revient tout de suite aux descendants. ➔

Les enjeux de la succession restent mal évalués

66% des personnes appartenant à une famille recomposée déclarent ne pas avoir préparé la transmission de leur patrimoine.

93% des répondants estiment que la transmission de leur patrimoine relève de leur responsabilité.

71% souhaitent protéger en priorité leur conjoint actuel.

Les dispositifs préférés pour transmettre son patrimoine sont :

67% le testament ● **66%** l'assurance vie ● **48%** la donation


(Source : enquête réalisée en juin 2018 par l'UFF auprès de 617 personnes appartenant chacune à une famille recomposée).

➔ « Cet outil permet d'augmenter franchement la part du conjoint survivant mais il peut également engendrer de vraies situations de blocage », ajoute-t-elle. À la donation entre époux, préférez donc le testament : « Il peut être rédigé sur mesure pour tenir compte du patrimoine de chacun mais aussi de l'entente familiale », poursuit Nathalie Couzigou-Suhas. Un testament est d'ailleurs indispensable pour les couples pacsés, car à défaut, le partenaire ne fait pas partie de la liste des héritiers. Depuis 2007, les partenaires bénéficient en effet des mêmes exonérations fiscales en matière de succession que les couples mariés, mais ils n'héritent pas automatiquement l'un de l'autre. Pour y remédier, ils doivent rédiger leurs testaments respectifs afin de se transmettre des biens sans impôt (dans la limite de la quotité disponible en présence d'un ou de plusieurs enfants).

N'OUBLIEZ PAS ! Si vous avez opté pour un pacs, pensez à rédiger vos testaments respectifs pour hériter entre vous sans payer de droits. Si vous êtes mariés et avez des enfants d'une union différente, rédigez un testament sur mesure plutôt qu'une donation au dernier vivant, laquelle est plus adaptée aux couples ayant des enfants communs. Dans tous les cas, n'hésitez pas à vous faire accompagner par un notaire pour éviter les erreurs.

Les droits du conjoint survivant en présence d'enfants du défunt

OPTION DU CONJOINT SURVIVANT SUR LA SUCCESSION

	<p>Tous les enfants sont communs 1/4 en pleine propriété ou la totalité en usufruit</p>
	<p>Un enfant au moins n'est pas du conjoint 1/4 en pleine propriété</p>

Source : Natixis Wealth Management.

Une protection financière grâce à l'assurance vie

L'assurance vie est une autre solution pour protéger votre partenaire, à condition de la ou de le désigner comme bénéficiaire du contrat. Ce placement est tout d'abord intéressant sur le plan civil. À votre décès, en effet, les montants versés au bénéficiaire du contrat ne font pas partie de la succession. « Toutefois, prenez garde à ne pas lui laisser des sommes trop élevées qui pourraient être contes-

Attention aux primes trop élevées

tées par la suite par vos enfants, avertit Catherine Costa, directrice du pôle solutions patrimoniales chez Natixis Wealth Management. *Ce risque doit être pris en compte, en particulier dans les familles recomposées.* » Si les primes versées sur le contrat sont « manifestement exagérées », elles seront réintégrées à la succession. En cas de conflit, les juges apprécieront si leurs montants sont excessifs en tenant compte de votre âge et de votre situation financière, patrimoniale et familiale.

L'assurance vie est également avantageuse sur le plan fiscal en matière de transmission. Si vous réalisez des versements sur le contrat avant 70 ans, vous pouvez laisser jusqu'à 152 500 euros à chaque bénéficiaire, exonérés de toute taxation. Passé cet abattement, l'excédent est taxé à 20% jusqu'à 700 000 euros, et à 31,25% pour les sommes transmises au-delà.

A contrario, si les versements ont lieu après 70 ans, la fiscalité se montre moins favorable. Dans ce cas, vous ne pouvez transmettre qu'un maximum de 30 500 euros sans taxation, tous bénéficiaires et tous contrats confondus. Au-delà, les bénéficiaires supportent des droits selon le barème légal qui dépend de leur lien de parenté (voir tableau p. 53). Les gains générés par les versements sont, quant à eux, exonérés. L'assurance vie se révèle donc incontournable pour transmettre des fonds à un concubin qui, à défaut, devra s'acquitter de droits de succession fixés à 60% (au-delà d'un abattement de 1594 euros).

N'OUBLIEZ PAS ! Revoyez la clause bénéficiaire de votre contrat pour être sûr qu'elle corresponde toujours bien à vos souhaits et à votre situation familiale. Vous pouvez la modifier à n'importe quel moment, tant que le bénéficiaire désigné n'a pas accepté le contrat avec votre accord. ♦

PROTÉGEZ VOS ENFANTS

Équité, légalité, fiscalité

VOUS SOUHAITEZ PAR-DESSUS TOUT MAINTENIR L'ÉGALITÉ ENTRE VOS DIFFÉRENTS ENFANTS, QU'ILS SOIENT BIOLOGIQUES OU DE CŒUR ? ANTICIPEZ VOTRE TRANSMISSION ET UTILISEZ DES OUTILS SPÉCIFIQUES.



Les droits légaux des enfants sur la succession

NOMBRE D'ENFANTS	LES ENFANTS SE PARTAGENT A MINIMA	PART TRANSMISSIBLE À QUI L'ON SOUHAITE
UN ENFANT	LA MOITIÉ de la succession	LA MOITIÉ de la succession
DEUX ENFANTS	LES DEUX TIERS de la succession	LE TIERS de la succession
TROIS ENFANTS ET PLUS	LES TROIS QUARTS de la succession	LE QUART de la succession

Source : Que Choisir Argent.

Si vous souhaitez protéger vos enfants, ou tout au moins maintenir l'égalité entre tous ceux que vous avez élevés, il existe plusieurs solutions. Elles doivent être mises en place en amont, soit par le biais d'une transmission anticipée, soit par l'utilisation d'autres outils, lesquels sont à manier avec précaution. Attention ! Contrairement à une idée reçue, même si vous souhaitez protéger votre moitié, il est impossible de déshériter l'un de vos enfants. Veillez donc à respecter les règles pour éviter les malentendus.

Faites des donations de votre vivant

Pour protéger vos enfants, vous pouvez commencer à leur transmettre votre patrimoine de votre vivant en les faisant profiter d'une donation. Attention cependant ! Si vous êtes parent de plusieurs enfants issus de mariages différents, et qu'une large part de votre patrimoine a

été constituée avec votre nouvelle moitié, vous partez en terrain miné. « Dans le cas d'une famille recomposée, il est essentiel de mettre sa transmission au clair, que celle-ci soit anticipée via des donations ou finale via une succession, analyse Arlette Darmon, présidente du groupe Monassier. À défaut, le partage du patrimoine entre des personnes qui n'ont rien en commun se révélera très compliqué. »

Première règle à connaître : en France, le code civil attribue une part réservataire minimale dans votre succession à chacun de vos enfants. « En présence d'un enfant, ➔

INFO OU INTOX ?

Une réforme du droit des successions en vue ?

Pour le moment, aucun chantier fiscal sur les droits de succession n'a été lancé, malgré la pression de certains parlementaires et ministres qui exigent une réforme. Cette dernière s'avère en effet difficile, car un allègement des droits privilégierait les foyers les plus riches et relancerait la gronde sociale. C'est que même s'ils sont honnis par la majorité des Français, les droits de donation et de succession sont réglés par une minorité d'entre eux. Aujourd'hui, la moitié des patrimoines transmis au sein des familles ne dépasse pas 50 000 €, un seuil trop faible pour que la succession soit taxée. La raison ? Au décès du premier parent, chaque enfant bénéficie d'un abattement de 100 000 €. Une somme colossale au vu du montant moyen de la succession en France, évalué à «seulement» 33 679 € par enfant selon un rapport du Sénat de juillet 2019 (chiffres datant de 2000).

→ cette part correspond à la moitié de la succession, deux enfants se partagent les deux tiers, et trois enfants et plus les trois quarts », explique Jean-Tugdual Le Roux, notaire à Trébeurden (voir schéma page 51). C'est le notaire en charge de la succession qui calcule la part qui revient à chacun. Si vous avez réalisé, de votre vivant, des donations en faveur de vos héritiers, elles seront réintégrées dans ce calcul pour que l'égalité soit respectée entre vos enfants. Cela ne pénalise donc aucun de vos héritiers et présente même des avantages. «Par exemple, une donation anticipée permet que des enfants de lits différents ne se retrouvent pas propriétaires d'un même bien en indivision», souligne Arlette Darmon. Si le bien a été donné de votre vivant, en effet, celui-ci sort de votre succession et n'a donc plus à être partagé après votre décès.

N'OUBLIEZ PAS ! Ne donnez pas tous vos biens de votre vivant pour minorer les droits de succession que vos héritiers auront à payer. Une fois réalisée, en effet, une donation est irrévocable : si vous avez besoin de votre patrimoine pour financer vos vieux jours, vous ne pourrez pas récupérer les biens donnés à vos héritiers.

Privilégiez la donation-partage

Il existe deux types de donation : la donation simple et la donation-partage. La première est comptabilisée à sa valeur au jour de votre décès. Ainsi, si vous avez donné de l'argent à un enfant et que depuis lors il l'a fait fructifier (investissement boursier, achat d'un appartement...), il devra partager ses plus-values avec vos autres enfants. Pour éviter ce piège, privilégiez toujours la «donation-partage». Réalisée devant un notaire, elle réunit tous vos héritiers et vous leur transmettez un bien différent à chacun. Avantage : elle fige la valeur des biens donnés au jour de la donation. Ainsi, si l'un de vos enfants dilapide son capital, il ne pourra pas demander une indemnisation à ses frères et sœurs au jour de votre décès.

Par ailleurs, si vous comptez favoriser l'un de vos enfants, vous pouvez lui donner votre quotité disponible. Pour éviter d'éventuelles querelles, prenez toujours le temps d'expliquer de votre vivant à

Donner à un bel-enfant

VOUS AVEZ ÉLEVÉ L'ENFANT DE VOTRE MOITIÉ ET VOUS LE CONSIDÉREZ COMME LE VÔTRE ? SACHEZ-LE, JURIDIQUEMENT ET FISCALEMENT, SAUF À L'ADOPTER, IL N'EST PAS L'UN DE VOS HÉRITIERS DIRECTS...

Pour l'heure, les beaux-parents et beaux-enfants restent des étrangers aux yeux de la loi. Conséquence directe : si vous réalisez une donation en faveur de votre beau-fils ou de votre belle-fille, elle sera taxée à 60 % dès le premier euro. Ce même taux sera appliqué sur la succession, après un maigre abattement de 1 594 €. Attention ! « Dans ce cas, pour le ou la faire hériter, il faut impérativement rédiger un testament en sa faveur, car il ou elle ne bénéficie d'aucun droit automatique sur la succession de son beau-parent », rappelle Arlette Darmon.

Une solution existe pour créer un lien juridique entre vous et votre bel-enfant : l'adoption. Mais cette démarche ne doit pas être prise à la légère, car un enfant adopté devient l'un de vos héritiers légaux, au même titre que vos enfants « de sang », même si vous vous séparez ultérieurement de son parent biologique.

Il existe deux types d'adoption en France, la pléniaire et la simple. Pour que la première soit possible, l'adoption doit être réalisée avant les 15 ans de votre bel-enfant (ou 20 ans sous condition) et vous devez être marié avec l'un de ses parents

d'état civil. En outre, son autre parent ne doit pas l'avoir reconnu, ou il doit avoir été déchu de son autorité parentale ou être décédé sans avoir laissé d'ascendants au premier degré. En effet, « l'adoption pléniaire rompt le lien entre l'enfant adopté et l'un de ses parents, puisque l'adoptant remplace ce dernier à l'état civil », explique Nathalie Couzigou-Suhas. Une fois la procédure d'adoption validée au tribunal, un nouvel acte de naissance est établi pour votre bel-enfant, qui prend votre nom et bénéficie d'une part réservataire dans votre succession, la même que celle de vos enfants biologiques. Fiscalement, il bénéficie automatiquement du barème de transmission parent-enfant en cas de donation ou de succession (voir tableau ci-contre).

Si vous ne répondez pas aux règles strictes de l'adoption pléniaire, vous pouvez opter pour une adoption simple. En l'occurrence,

tous vos enfants pourquoi vous en privilégiez certains. «*Les raisons peuvent être très factuelles: handicap d'un des enfants, envie de protéger le plus faible ou le moins fortuné, volonté de rétablir une égalité...*», énonce Jean-Tugdual Le Roux. Cette démarche volontariste a aussi un autre avantage: «*Si l'un des enfants s'es-time lésé dans le partage anticipé, il n'en voudra pas à la sœur ou au frère avantagé, mais au parent si ce dernier a expliqué son geste*», ajoute Jean-Tugdual Le Roux.

N'OUBLIEZ PAS ! Si vous avez réalisé une donation-partage en faveur de vos enfants d'un premier lit et que des années plus tard vous avez un petit dernier, attention ! Dans ce cas, la donation-partage se transforme automatiquement en donation simple. Pour éviter cela, il faut à nouveau signer une donation-partage en réunissant vos premiers enfants bénéficiaires et le petit dernier. Le notaire intégrera dans un nouvel acte les donations ultérieures et vous ne donnerez qu'à votre benjamin. Avantage de l'opération : figer la valeur des biens donnés une bonne fois pour toutes. ♦

«*le lien avec l'une des familles d'origine n'est pas rompu et une double filiation est créée: l'enfant hérite à la fois de ses deux parents naturels et de son parent adoptant*», précise Arlette Darmon. Attention ! Vous devez obtenir l'accord des deux parents de l'enfant s'il est mineur, et le sien s'il a plus de 13 ans. En plus, il faut respecter des conditions strictes (différence d'âge, entre autres) qui diffèrent selon que vous êtes marié, pacsé ou concubin avec son père ou sa mère. Avec une adoption simple, votre bel-enfant pourra accoler votre nom au sien et aura des droits sur votre patrimoine. Mais, «*fiscalement, une transmission entre adoptant simple et adopté reste soumise au barème fiscal des étrangers*», note Jean-Tugdual Le Roux. Unique exception, relevée par Nathalie Couzigou-Suhas: «*Si l'adopté est l'enfant du conjoint, ou celui du pacsé ou concubin, et que l'adoptant jus-*

tifie l'avoir élevé sans interruption au moins 5 ans pendant sa minorité, ou au moins 10 ans pendant sa minorité et sa majorité. » À savoir: si vous décédez alors que votre enfant adopté est mineur, il profitera automatiquement du barème parent-enfant sur votre succession. Enfin, sachez que si l'adoption simple peut être révoquée devant les tribunaux dans des cas graves (sévices, extorsion de fonds...), l'adoption plénière, quant à elle, est irrévocable.

N'OUBLIEZ PAS ! Un moyen de favoriser un bel-enfant consiste à le nommer bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie. Surtout si vous y versez des fonds avant vos 70 ans. Ainsi, à votre décès, il recevra des sommes hors succession, donc hors règles de réserve du code civil. Le tout en profitant d'une fiscalité très attrayante. ♦

Barème des droits de donation et succession selon le lien de parenté

MONTANT DE L'ABATTEMENT (EN EUROS)	MONTANT TRANSMIS	TAUX DE TAXATION SUR LA PART NETTE
ENTRE UN PARENT ET UN ENFANT		
DONATION ET SUCCESSION : 100 000 €	Jusqu'à 8 072 €	5 %
	Entre 8 073 et 12 109 €	10 %
	Entre 12 110 et 15 932 €	15 %
	Entre 15 933 et 552 324 €	20 %
	Entre 552 325 et 902 838 €	30 %
	Entre 902 839 et 1 805 677 €	40 %
	Plus de 1 805 677 €	45 %
ENTRE DEUX CONJOINTS OU DEUX PACSÉS		
UNIQUEMENT POUR LES DONATIONS : 80 724 € POUR LES SUCCESSIONS : exonération totale de droits	Jusqu'à 8 072 €	5 %
	Entre 8 073 et 15 932 €	10 %
	Entre 15 933 et 31 865 €	15 %
	Entre 31 866 et 552 324 €	20 %
	Entre 552 325 et 902 838 €	30 %
	Entre 902 839 et 1 805 677 €	40 %
	Plus de 1 805 677 €	45 %
ENTRE DEUX ÉTRANGERS (CONCUBINS, BEAUX-ENFANTS)		
DONATION ET SUCCESSION : 1 594 €	Au-delà de l'abattement	60 %

Source : Conseil national du notariat.

CERISE SUR LE GÂTEAU

En anticipant la transmission de vos biens, vous pourrez faire profiter vos enfants de l'abattement de 100 000 € et donc minorer très fortement les droits de succession.

BON À SAVOIR

Depuis 2007, la donation-partage est ouverte aux familles recomposées. Si vous prévoyez de donner de conserve avec votre nouvelle moitié, la pratique est donc possible, sous condition. Rapprochez-vous de votre notaire pour qu'il fasse le point avec vous.

ACHAT DE LOGEMENT SUR PLAN

Trois gros points noirs !

GARE AUX SURPRISES LORS DE L'ACHAT D'UN APPARTEMENT SOUS LE RÉGIME DE LA VEFA, VENTE EN L'ÉTAT FUTUR D'ACHÈVEMENT ! DANS UNE ÉTUDE RÉCENTE, L'UFC-QUE CHOISIR A IDENTIFIÉ TROIS GROS POINTS NOIRS. PAR **ARNAUD DE BLAUWE**, AVEC **MATTHIEU ROBIN**

En novembre 2018, l'UFC-Que Choisir publiait une étude sur la VEFA, la vente en l'état futur d'achèvement, plus communément appelée « achat sur plan ». À l'époque, le secteur de la construction ne se portait pas trop mal. Depuis lors, le ciel s'est assombri. Selon le ministère de la Cohésion des territoires, 443 000 logements ont été « autorisés à la construction » entre juillet 2018 et juillet dernier, soit une baisse de 6,2% sur la période. Il faut remonter à avril 2016 pour trouver des chiffres aussi bas ! Pour autant, il reste intéressant et d'actualité de s'arrêter sur les conclusions de cette étude, qui s'appuie sur plusieurs dizaines de litiges remontés des associations locales de l'UFC-Que Choisir.

LA VEFA, C'EST QUOI ?

La vente sur plan attire les consommateurs, car acheter sous ce régime revient un peu moins cher que d'investir dans l'ancien (les frais de notaire sont plus faibles : 2 à 3% contre 7 à 8%). En outre, on paie à mesure qu'avance le chantier et on devient progressivement propriétaire de son logement jusqu'à la remise des clés (*voir encadré p. 57*). Avec la VEFA, le rôle du promoteur est central.

Le promoteur, acteur central de l'achat en VEFA

C'est lui qui achète le terrain, qui demande le permis de construire, qui conçoit les plans et qui suit le chantier. Il est également en charge de la partie commercialisation des logements. Mais la VEFA n'est pas toujours un long fleuve tranquille. Il arrive, heureusement dans certains cas seulement, que les choses se passent mal. En l'occurrence, l'étude de l'UFC-Que Choisir identifie trois problèmes majeurs : les retards de livraison, les désordres plus ou moins importants découverts lors de la livraison du logement, et un « chantage à la remise des clés » (le promoteur refuse de les donner si le client fait des réserves).

1. Les retards

La législation a des failles dans lesquelles s'engouffrent allègrement les promoteurs. Les contrats précisent que les cas de force majeure peuvent justifier un retard de livraison. Et de ce fait, ils peuvent mettre le professionnel à l'abri des éventuelles pénalités ou indemnités dues au client. Or la notion de force majeure est encadrée par la loi. Et elle ne peut être invoquée que si plusieurs conditions sont réunies (imprévisibilité, notamment). Mais pour éviter les pénalités fixées à 1/3 000 du prix total par jour de retard (art. L231-2 et R231-14 du code de la construction et de l'habitation), les promoteurs truffent leurs contrats de causes légitimes



Avec ses frais de notaire réduits par rapport à l'achat dans l'ancien, la VEFA peut se montrer avantageuse... à condition que tout se passe bien.

tendant à les exonérer de toute responsabilité. Et les textes légaux restent flous sur la définition d'une « cause légitime ». Après consultation des contrats portés à sa connaissance, l'UFC-Que Choisir a pu dresser un palmarès des motifs les plus... « surprenants » !



LA MÉDAILLE DE BRONZE

Elle revient aux clauses qui stipulent que la défaillance d'une des entreprises travaillant sur le chantier est un motif légitime de retard. Or c'est le promoteur qui choisit ces entreprises. On peut donc logiquement penser que sa responsabilité sera engagée si l'une ou l'autre fait défaut... Une analyse que ne partagent pas les juges, cependant. La Cour de cassation a ainsi donné raison à un promoteur qui avait livré le bien avec 825 jours de retard après les forfaits successifs de trois entreprises. Amère conclusion pour le consommateur !



LA MÉDAILLE D'ARGENT

Elle est attribuée aux retards justifiés par la découverte d'anomalies dans le sous-sol. Il peut s'agir d'un câblage haute tension, d'une poche d'eau, ou encore d'une particularité dans la composition du sol qui

nécessite la pose de fondations spéciales. Mais cette fois, les tribunaux se rangent plutôt du côté des particuliers. En 2015, la cour d'appel d'Aix-en-Provence a considéré que l'analyse du sol et la nécessité de repérer les réseaux souterrains constituaient des « éléments habituels d'un programme immobilier que doit intégrer tout maître d'ouvrage » (en l'occurrence, le promoteur). Par conséquent, ledit promoteur ne peut pas « excuser » un retard sur cette base.



LA MÉDAILLE D'OR

Elle est remportée par la cause « intempéries » présente dans tous les contrats. Et c'est elle qui est le plus souvent mise en avant par les promoteurs. Mais à partir de quel degré les « intempéries » peuvent-elles justifier l'arrêt du chantier ? En la matière, les clauses sont assez souples, ce qui laisse une grande liberté d'action aux promoteurs ! Et ces critères sont « à prendre ou à laisser ». Impossible de les négocier au moment de la signature du contrat. Il y aurait pourtant matière à discuter. Du décompte des jours d'intempéries, pour commencer. Exemple : sur le chantier et dans la même journée, il y a eu de fortes pluies, des vents violents et les températures étaient très basses ? Le promoteur va



→ répartir chacun de ces « événements » sur un jour différent, ce qui permettra de justifier trois jours de retard au titre des « intempéries ». En outre, cette cause est souvent évoquée à tort. En quoi la pluie peut-elle motiver l'arrêt d'un chantier lorsque le bâtiment est hors d'air et d'eau ? Pourtant, comme le montrent les dossiers consultés par l'UFC-Que Choisir, certains promoteurs ne reculent devant rien...

À l'évidence, le particulier qui réclame des preuves fait souvent chou blanc. Soit les éléments apportés sont incompréhensibles et invérifiables, soit même aucune réponse n'est fournie. De fait, la marge de manœuvre de l'acquéreur est étroite. Et ce n'est pas la Cour de cassation qui lui portera secours : « *Les jours d'intempéries ne doivent pas constituer un empêchement théorique mais doivent avoir réellement provoqué une impossibilité de travailler* », écrit-elle dans une décision pleine de bon sens... mais qui laisse la place à de larges possibilités d'interprétation ! C'est pourquoi l'UFC-Que Choisir propose que les jours d'intempéries soient attestés par une structure indépendante du promoteur⁽¹⁾. Par ailleurs, il est fort probable qu'il pleuve en automne ou qu'il neige en hiver. On ne peut donc que recommander aux promoteurs d'en tenir compte quand ils établissent leur calendrier de travaux. Une précaution logique... mais qui est loin d'être la règle !



La levée des réserves est un moment crucial, et il n'est pas rare qu'elle soit source de conflits avec le promoteur.

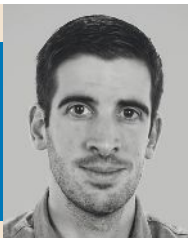
2. La livraison

Si les retards sont une source principale de litiges, les mauvaises surprises à la livraison ne sont pas négligeables. Elles peuvent être mineures (plinthes mal posées, peinture à reprendre...) ou plus gênantes (prises demandées non installées, agencement des pièces non conforme à ce qui était prévu...). Parfois, l'appartement est tout simplement inhabitable du fait de manquements intolérables (chauffage qui ne fonctionne pas, par exemple). Et, en général, il faut plusieurs mois pour que tout rentre dans l'ordre. Un bien inhabitable... et néanmoins occupé ! Car les acquéreurs n'ont pas toujours le choix : leur location est arrivée à terme, le nouveau propriétaire a pris possession du logement qu'ils ont vendu... Autre découverte possible quand on entre dans son nouvel appartement, une surface inférieure à la valeur promise. Or le prix est en rapport direct avec cette surface. On lit ainsi dans un dossier communiqué à l'UFC-Que Choisir : « *En vue de la vente de mon logement acheté en VEFA, j'ai fait expertiser mon bien. Il faisait 62,50 m² alors qu'il était censé faire 66,65 m². À 3 000 €/m² au moment de l'acquisition...* » Le promoteur, toutefois, est un peu protégé par la loi. L'article 1619 du Code civil lui offre une marge d'erreur qui peut aller jusqu'à 5 %. Si celle-ci est dépassée, il est possible à l'acquéreur de se retourner contre lui pour être indemnisé de cette « perte ». Mais ce sera au prix d'une procédure longue (avec expertise), et comme pour toute action en justice, le résultat en demeurera incertain.

TÉMOIGNAGE

MORGAN BOURVEN,

33 ANS, JOURNALISTE À QUE CHOISIR
ET ACHETEUR EN VEFA



“ Le stress de la livraison ”

9 juillet : 18 mois après l'achat de mon T2 à Montreuil (Seine-Saint-Denis), la remise des clés a enfin lieu. Après une inspection détaillée, la sentence tombe : pas de réserve, tout va bien. Je suis rassuré. Les problèmes signalés deux mois plus tôt lors de la visite de prélivraison (vitre abîmée, problème sur le tableau électrique, fissure sur un mur...) ont été corrigés. Tous mes voisins n'ont pas cette chance et le régisseur œuvre à répondre à leurs plaintes. À la première réunion de copropriété, le responsable du syndic (Nexity) nous a conseillé de payer un architecte pour inspecter les parties communes. Dans l'immeuble voisin, les problèmes étaient légion : « *Les architectes ont voulu finir vite en réduisant les coûts.* » Réaction d'un propriétaire : « *Vous nous expliquez que l'entreprise que vous représentez, et auprès de laquelle nous avons investi, travaille mal ?* » La réponse fuse : « *Je travaille pour Nexity Syndic, pas Nexity Construction.* » Pas vraiment rassurant...

Le logement peut
se révéler inhabitable

LES RÈGLES DU JEU

Quatre « essentiels » à connaître

LA VENTE EN L'ÉTAT FUTUR D'ACHÈVEMENT EST ENCADRÉE. LES RÈGLES ONT ÉTÉ LÉGÈREMENT MODIFIÉES PAR LA RÉCENTE LOI ÉLAN.

1 Un contrat préliminaire

Impératif, il mentionne notamment la surface, le nombre de pièces, le prix, et doit être accompagné d'une note technique sommaire. Un dépôt de garantie de 5 % sera exigé si le contrat définitif est signé dans l'année qui suit (2 % si ce délai est compris entre 1 et 2 ans). La somme versée sera rendue à l'acquéreur si le prêt sollicité lui est refusé ou si la vente ne se fait pas à cause du vendeur. L'acquéreur dispose en outre d'un délai de rétractation de 10 jours. Au-delà, il peut encore renoncer et récupérer sa garantie quand certaines conditions se réalisent (par exemple, prix de vente finalement supérieur de 5 % à celui préalablement indiqué).

2 Le contrat définitif

Il est signé devant un notaire et reprend de manière plus complète, précise et détaillée les caractéristiques de l'opération (prix, surface, délai...). Le promoteur est tenu d'en respecter scrupuleusement les termes mais il dispose d'une certaine latitude. Ainsi, les contrats contiennent des clauses « par équivalent » qui permettent au vendeur de ne pas utiliser les références de matériaux initialement prévues.

3 Les garanties

Une fois le logement terminé, en cas de malfaçon ou de désordre, l'acquéreur peut actionner la garantie adaptée. Il bénéficie en effet d'une garantie de parfait achèvement d'un an (pour les « petits défauts »), de garanties d'isolation phonique et de bon fonctionnement (pour les matériaux et équipements dissociables du logement) valables 2 ans, et de la garantie décennale (elle s'applique aux malfaçons

majeures qui se « révéleraient » une fois le logement réceptionné). En parallèle, le promoteur doit avoir pris une garantie financière auprès d'un organisme extérieur. En cas d'abandon du chantier par le vendeur, conséquemment à des difficultés économiques, le garant prend le relais pour poursuivre la construction.

4 Un paiement échelonné

À la livraison du logement, l'acquéreur aura versé 95 % du prix total, les 5 % restants pouvant être consignés en cas de réserves (voir article ci-dessous).

	FLUX %	CUMUL %
Réservation	5	5
Contrat définitif	25	30
Achèvement fondations	5	35
Achèvement plancher RDC	25	60
Hors d'eau	10	70
Achèvement cloisons	20	90
Achèvement du bâtiment	5	95
Remise des clés	5	100

3. Les réserves

La pratique n'est pas propre à la VEFA, elle vaut aussi pour une maison individuelle. De quoi s'agit-il ? À la livraison du logement, le consommateur a payé 95 % du prix d'achat (voir ci-dessus). S'il constate des malfaçons, il peut faire des réserves. Dans ce cas, il ne verse pas les 5 % restant dus mais les consigne chez le notaire ou à la Caisse des dépôts, les fonds n'étant libérés qu'une fois les réparations effectuées (étape de « levée des réserves »). Le souci, c'est que les promoteurs n'aient pas du tout cela... S'engage alors un bras de fer avec les acquéreurs lors de la réception du bien, et il n'est pas rare que le ton monte. Et le « chantage à la remise des clés » tourne souvent à l'avantage du promoteur. En la matière, difficile de donner des conseils, sinon de ne pas se laisser impressionner et de ne surtout pas céder. Plus facile à dire qu'à faire. C'est pourquoi l'UFC-Que Choisir exprime le souhait, dans son étude, que soit « mis en place un dispositif de consignation obligatoire

et automatique des 5 % du prix restant dus ». Si le promoteur n'effectue pas les travaux qui font l'objet des réserves, l'acquéreur retiendra alors sur cette somme le montant des frais qu'il aura engagés (par exemple en faisant intervenir une autre entreprise) pour mettre son logement en conformité. ♦

L'UFC-Que Choisir a fait huit recommandations à partir de ce constat. Elles peuvent être consultées sur notre site quechoisir.org.

(1) Une solution consiste à exiger du promoteur qu'il produise un « suivi météorologique de chantier », document disponible sur meteofrance.com qui détaille les paramètres météo observés un jour précis dans toute ville de France. Le document permettra d'attester la réalité des conditions justifiant l'arrêt du chantier.

BON À SAVOIR

L'acquéreur devenant progressivement propriétaire, il lui est conseillé de souscrire une assurance multirisque habitation (au moment de la pose de la toiture). Cela pourra être très utile si le chantier s'arrête parce que le promoteur a fait faillite. Dans l'attente de la reprise des travaux, l'acquéreur sera alors indemnisé en cas de vandalisme, de vol de matériaux...



LU POUR VOUS

Nous faudra-t-il plusieurs planètes ?

L'EMPREINTE ÉCOLOGIQUE

AURÉLIEN BOUTAUD ET NATACHA GONDRAN / LA DÉCOUVERTE / 10€

On appelle empreinte écologique la surface de la Terre utilisée par l'homme pour pêcher, élever, cultiver, déboiser, construire, et pour brûler des énergies fossiles. La biocapacité, quant à elle, représente la surface de la planète nécessaire pour faire face à ces pressions. Sur la base de millions de données statistiques mondiales, des ONG ont calculé le moment où l'homme, par son activité économique, consomme davantage de ressources que n'en fournit la planète. Ce moment est appelé le « jour du dépassement ». Et depuis les années 1970, cette date se fait toujours plus précoce. En 1998, c'était le 30 septembre. En 2019, c'était deux mois plus tôt, le 29 juillet. Et l'échéance est marquée

cette année par une nouvelle augmentation des émissions de CO₂. Une telle comptabilité a permis de démontrer que l'économie mondiale consomme plus de « services » issus de la biosphère que celle-ci n'est capable d'en régénérer. Elle révèle également les inégalités environnementales, en montrant par exemple qu'il faudrait aujourd'hui plusieurs planètes pour répondre aux besoins de l'humanité si le modèle de consommation occidental venait à se généraliser. Cet ouvrage signé Aurélien Boutaud et Natacha Gondran détaille et analyse cet indicateur, révélant ses vertus, mais aussi ses faiblesses. Une façon d'appréhender les possibles... et les « impossibles » pour notre planète. ♦



À VISITER

Un musée pour l'économie

<https://www.citeco.fr/>

Avant d'être l'ancien siège de la Banque de France, l'hôtel Gaillard, ce bâtiment néo-Renaissance (Paris 17^e) qui saute aux yeux des passants admiratifs était la propriété de l'atypique banquier Émile Gaillard, lui-même fils et petit-fils de banquiers. Il y a donc une certaine logique à ce que le bâtiment abrite aujourd'hui le seul musée de l'Économie en France. Citéco, c'est son nom, a ouvert ses portes en juin dernier.

MACROVECTOR/ADOBE STOCK



P-STILLER/REA

Le pari est audacieux compte tenu du faible intérêt des Français pour l'économie, qui va de pair avec leur faible niveau de culture en la matière. Et pourtant ! Philippe Gineste, directeur de cette Cité de l'économie, ambitionne de recevoir plus de 130 000 visiteurs chaque année, l'idée étant d'instruire chacun d'eux de façon ludique et interactive. Vidéos et jeux de rôles permettent ainsi de se mettre dans la peau des principaux acteurs économiques et de mieux comprendre... comment tourne le monde. À voir !

S'Y RENDRE :

Citéco – Cité de l'économie
1, place du Général-Catroux
75017 Paris



J. ALVES/EFES/SPA



DOCU **REPLAY**

Le poumon de la Terre part en fumée

UNE PRIÈRE POUR L'AMAZONIE / FRANCE CULTURE

<https://www.franceculture.fr/emissions/la-transition/la-transition-ecologique-du-lundi-26-aout-2019>

Depuis plusieurs mois, la forêt amazonienne, autrement dénommée le « poumon de la Terre » et constituée de 390 milliards d'arbres, est la proie des flammes. Dans le contexte d'urgence climatique que connaît notre planète, quelles seraient les conséquences d'une disparition de ce continent vert ? Ce documentaire analyse la question. Outre les enjeux écologiques, le film met l'accent sur les désastres que plus de 75 000 incendies ont infligés en 2019 aux populations des différents pays touchés. De nombreux scientifiques et une partie de la communauté internationale ciblent la politique économique du président brésilien Jair Bolsonaro, qui a rendu possible une accélération de la déforestation, aggravant ainsi sensiblement le phénomène. ♦

Ayez toujours la loi de votre côté !

Famille

Impôts

Succession

Voisinage

Accidents

Retraite

Santé

Achats

Assurances

Immobilier

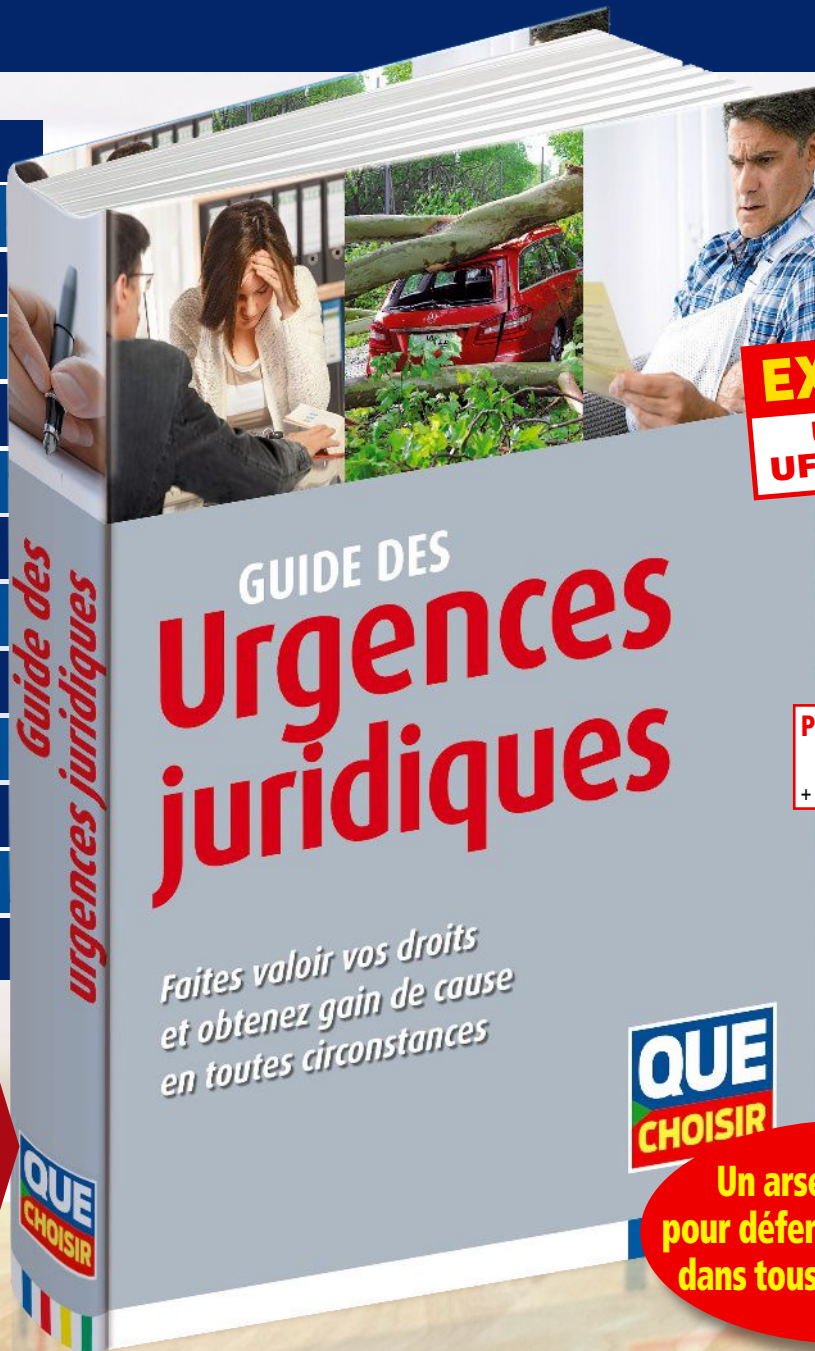
Administration

Services

... etc

**Disposez
des meilleures armes
pour faire face :**

- ✓ Connaissez vos droits
- ✓ Réagissez sans tarder
- ✓ Obtenez gain de cause



EXCLUSIF !

**Un ouvrage
UFC-Que Choisir**

**Prix exceptionnel de
30€**
+ frais de traitement et d'envoi.

- 324 pages.
- Un livre au format 19 x 25 cm.

**QUE
CHOISIR**

**Un arsenal complet
pour défendre vos intérêts
dans tous les domaines !**

*Passer
à l'action!
Dites oui
à ce livre*



OFFRE DÉCOUVERTE

**QUE
CHOISIR**

BON DE COMMANDE à compléter et à renvoyer sans argent à : Que Choisir Édition - Service clients - 4, rue de Mouchy - 60438 Noailles Cedex

☐ **OUI, je souhaite commander
l'ouvrage GUIDE DES URGENCES
JURIDIQUES** (324 pages, format 19 x 25 cm).

• **J'EN PROFITE DÈS AUJOURD'HUI : 30 €**
+ 4,50 € de frais de traitement et d'envoi, soit un **total de 34,50 €**.

- **RIEN À PAYER MAINTENANT**
Je n'envoie pas d'argent aujourd'hui.
Je recevrai ma facture avec mon ouvrage.

- **MA GARANTIE**
À réception de mon ouvrage, je dispose
d'un délai de rétractation de 14 jours.

Signature :

Je recevrai mon ouvrage chez
moi sous 10 à 20 jours après
l'envoi de ce bon de commande.

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Offre valable en France métropolitaine jusqu'au 31/03/2020.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant auprès du service clients (adresse ci-dessus). Vos coordonnées postales peuvent être communiquées à des organismes français de presse ou associations humanitaires partenaires de Que Choisir. Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce transfert auprès du service clients. Pour vous y opposer, cochez cette case ☐.

QUEL FOURNISSEUR D'ACCÈS CHOISIR ?



Nos experts vous guident

Grâce à notre comparateur de FAI,
obtenez une vue exhaustive
des offres des différents opérateurs
pour faire le bon choix !

ACCÈS
GRATUIT

<http://ufcqc.link/fai156>

Pour accéder au dossier, copiez l'URL ci-dessus ou flashez le QR code.

