

Les complémentaires Santé

16 avril 2026

La sentinelle de la santé - N°25 - 15 avril 2026|

La « sécu » ne rembourse pas à 100% les frais de santé, une adhésion à une complémentaire santé (mutuelle ou assurance) est nécessaire pour être mieux protégé.

Assurance ou Mutuelle ?

1. Tout d'abord, il faut préciser que l'on parle d'assurance santé, la complémentaire santé est proposée par une compagnie d'assurance.

La mutuelle est une société à but non lucratif, alors qu'une compagnie d'assurance santé a un objectif lucratif. Ses adhérents sont des clients, elle présente d'autres services : pour l'habitat, l'automobile...Elles sont régies par le Code des Assurances. Leurs ressources principales sont constituées par des primes d'assurance. Ces organismes pratiquent l'assurance dommage et la responsabilité civile, l'assurance vie, l'assurance contre les risques liés à la personne humaine. Elles relèvent du Code des Assurance. Elles sont adhérentes à la Fédération française des sociétés d'assurances.

2. La mutuelle fonctionne sur un principe de solidarité entre ses membres et peut créer des services mutualistes : optique, dentaire...Elles sont régies par le Code de la Mutualité. Toute personne qui souscrit une couverture santé auprès d'une mutuelle soumise au Code de la Mutualité devient un adhérent. Les mutuelles fonctionnent selon un principe démocratique d'égalité entre les adhérents : « *Un adhérent, une voix* ». Elles sont dirigées par des bénévoles élus au sein de leurs rangs. Chacun peut donc jouer un rôle dans la vie de sa mutuelle.

Les adhérents élisent des délégués ou représentants, qui se réunissent en assemblée générale habituellement une fois par an. Celle-ci définit les grandes orientations quant aux garanties et cotisations, dans l'intérêt de toutes et tous et le respect des valeurs mutualistes.

Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif, financés principalement par les cotisations versées par leurs adhérents. En 2023, les mutuelles ont ainsi perçu

17,1 milliards d'euros de cotisations en santé. La grande majorité de ces cotisations servent à rembourser les frais de santé des adhérents, en s'appuyant sur le principe de mutualisation des risques : les contributions de chacun assurent une couverture solidaire pour tous.

Les frais de service et de fonctionnement des mutuelles :

- servent uniquement à la protection sociale des adhérents, car les mutuelles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer et ne font pas de profit ;
- incluent des frais liés à la délivrance de services tels que la gestion du tiers payant et le développement de réseaux de soins, la prévention et l'éducation à la santé.

Participation de l'employeur :

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) conclu le 11 janvier 2013 a entériné la couverture complémentaire obligatoire pour tous les salariés du secteur privé.

Jusqu'alors, il n'existait pas d'obligation générale de négocier sur la complémentaire santé au sein des entreprises.

La participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le reste à la charge du salarié) pour un contrat d'adhésion obligatoire choisi par uniquement par lui.

Le contrat doit respecter un socle de garanties minimales. Il comprend : la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie, la totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation, les frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel et les frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple, 150 € (voire 200 € pour une correction complexe.)

Les salariés doivent donc demander à leur employeur les conditions générales de la complémentaire souscrite pour connaître les soins pris en charge. Parfois il leur est nécessaire de prendre une complémentaire supplémentaire, pour une couverture plus intéressante (pour des frais d'hospitalisation...)

Mais pour les salariés, il est nécessaire et indispensable d'avoir une autre couverture : la Complémentaire Prévoyance. Ce contrat permet aux salariés d'être protégés en cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité, accident, invalidité.. en complément des indemnités journalières versées par le régime général de la Sécurité sociale : en moyenne 50 % du salaire. Le salarié doit donc exercer sa vigilance sur ce point et doit souscrire volontairement à une Prévoyance, pour garder son salaire en cas d'arrêt de travail.

Pour éviter les retards de paiement entre le versement des Indemnités Journalières de l'assurance maladie et le complément par l'assurance prévoyance, il est important que l'employeur ait la subrogation c'est à dire qu'il perçoive directement les Indemnités Journalières de l'assurance maladie et de la complémentaire santé. Dans ce cas, c'est lui qui verse directement le salaire au salarié.

La subrogation doit faire l'objet de négociations entre l'employeur et le représentant des salariés. Elle permet qu'il n'y ait pas de délai d'attente pour le versement du salaire et donc de limiter « le risque précarité. »

Enfin, l'employeur peut changer chaque année de « fournisseur » de complémentaire ce qui peut générer des difficultés aux salariés en arrêt de travail pour un problème de santé survenu sous la précédente complémentaire ou des modifications dans les prestations santé.

En parallèle, **depuis le 1er janvier 2022**, les accords de la Fonction Publique ont créé une Protection sociale complémentaire qui doit être mise en œuvre courant 2025 ou 2026. Tous les salariés du public sont concernés par cet ensemble de mesures.

Les chômeurs quant à eux, doivent adhérer à une mutuelle individuelle avec donc une cotisation pouvant être élevée.

Les retraités sont également exclus du dispositif et peuvent ou non souscrire au contrat imposé par l'employeur. Ce régime se met en place dans un contexte où les solidarités entre générations sont de moins en moins assurées par le monde mutualiste qui renforce déjà, les tarifications à l'âge.

Bilan: Le fonctionnement et les valeurs de chaque organisme différent.

Individuellement, pour être sûr de faire le «bon »choix, il faut tout d'abord

vérifier s'il s'agit d'une mutuelle ou à une assurance, ensuite faire établir un devis : les tarifs diffèrent selon l'âge et la couverture santé choisie.

La loi CHATEL permet d'arrêter à tout moment, sans frais ni pénalité, au bout d'une année.

Pour cette année 2026, la loi de financement de la Sécurité sociale, votée fin 2025, exige le gel des tarifs des complémentaires santé à prestations identiques. L'article 13 dispose en effet que « pour l'année 2026, le montant de ces cotisations ne peut être augmenté par rapport à celui applicable pour l'année 2025 ». La phrase est bien distincte de celle sur la taxe spécifique de 2,05 % sur les montants des cotisations, demandée aux organismes complémentaires, celle-ci ne peut donc servir d'appui à une augmentation du coût du contrat.

Aussi, le montant des cotisations pour 2026 doit être vérifié et peut être contesté en cas d'augmentation.

CONCLUSION :

On ne peut que constater que les complémentaires nécessitent de la vigilance de la part des salariés actifs ou non, elles sont inégalitaires et injustes envers les retraités, les inactifs ou les privés d'emploi mais aussi entre actifs en fonction des capacités financières des employeurs, entre agents des différents ministères.

Ces nouvelles dispositions instaurent une rupture générationnelle entre actifs et retraités et font reculer les solidarités.

Les inégalités peuvent se renforcer avec les dernières mesures prévues par le gouvernement : hausse des forfaits hospitaliers, de 20 à 23e, de 15 à 17e en psychiatrie, de 24 à 32e pour les soins lourds et coûteux.

D'une part les complémentaires risquent de vouloir ou devoir augmenter leurs tarifs, ce qui peut accentuer le nombre de personnes sans complémentaire (4 % de la population et 12 % parmi les 10 % les plus pauvres). D'autre part, pour les plus modestes, le reste à charge pèsera de manière encore plus importante et donc fera renoncer aux soins un plus grand nombre, actuellement 4 personnes sur 10 en France.

Pour INDECOSA-CGT, la reconquête de la Sécurité Sociale pour un remboursement 100% des soins prescrits est une urgence, et la seule permettant la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, elle est aussi une arme en Santé Publique : dépistages, vaccinations, consultations pour les plus vulnérables...

Les comptes de la Sécurité Sociale se trouveraient améliorés par une meilleure

prévention en évitant ainsi les soins lourds et coûteux.

Le collectif Santé d'Indecosa CGT

[Télécharger le journal](#)