

Avenant n° 73/2025 du 17 octobre 2025

(Agréé par arr. 20 janv. 2026, JO 25 janv., applicable à compter du 1^{er} jour du trimestre civil qui suivra son agrément et au plus tôt le 1^{er} janv. 2026 concernant l'art. 1 « Complémentaire Santé – Montant des cotisations », à compter du lendemain de son agrément pour les autres dispositions pour les entreprises adhérentes et à compter du lendemain de la publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension pour les entreprises non adhérentes)

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USB-DOMICILE

Syndicat(s) de salariés :

CFDT

Préambule

La couverture conventionnelle obligatoire des risques incapacité temporaire, invalidité et décès d'une part et les modalités de remboursement des frais de santé des salariés de la Branche d'autre part sont définies aux chapitres 1 et 2 du Titre VII de la convention collective de la Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

A fin 2024 et grâce au pilotage responsable et attentif du régime par les partenaires sociaux de la Branche, le régime complémentaire santé de Branche était quasiment à l'équilibre.

Pour autant, les projections réalisées pour 2025 et 2026 imposent de prendre en considération, outre la « dérive naturelle » du régime conventionnel (liée notamment aux caractéristiques de la population salariée de la Branche, dont l'âge moyen impacte les résultats), d'autres évolutions qui n'étaient pas prévues lors de la signature de l'avenant 64/2024.

Ces évolutions ont impacté les remboursements santé que le régime doit d'ores et déjà assurer : la revalorisation des actes de masso-kinésithérapie (et notamment les affections orthopédiques et rhumatologiques, courantes dans la branche), des soins dentaires conservateurs, des actes techniques de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ...

Compte tenu du refus d'agrément de l'avenant 69/2025 sur la complémentaire santé et des projections de l'Observatoire du régime de la Branche à fin 2025 actualisées en dernier lieu le 3 octobre 2025, force est de constater que le niveau actuel des cotisations d'une part, et les réserves du régime d'autre part, ne seront pas suffisants pour absorber le résultat négatif prévisionnel à fin 2025, et les projections sur lesquelles s'appuient les partenaires sociaux pour piloter le régime de la manière la plus juste possible ne permettent pas non plus d'envisager un retour à l'équilibre du régime à fin 2026.

Le présent avenant prévoit donc, dans ce contexte, une augmentation de cotisations à compter du 1^{er} janvier 2026 afin de maintenir l'équilibre du régime de complémentaire santé conventionnel à fin 2026.

En outre, quelques ajustements de forme, sans incidence particulière, ont semblé nécessaires pour une meilleure compréhension de l'article relatif aux cas de dispense d'affiliation autorisés.

Enfin, et compte tenu des résultats favorables du régime de prévoyance sur les exercices 2023 et 2024, ainsi que des résultats estimés à fin 2025, les partenaires sociaux ont étudié différents scénarios d'évolution des garanties, tant à destination des employeurs que des salariés assurés, dans l'objectif de restaurer certains niveaux de prestation antérieurement amoindris voire supprimés (avenants 46 et 55).

Les partenaires sociaux de la Branche ont donc négocié les dispositions ci-après qui, conformément aux articles L.911-1 et suivants du Code de la sécurité sociale et au BOSS Protection sociale complémentaire, assurent aux salariés de la branche un niveau minimal de garanties collectives et obligatoires :

Article 1 – Complémentaire Santé - Montant des cotisations

Les dispositions de l'article 28.1 du chapitre 2 du Titre VII « Garanties sociales et prévoyance » sont modifiées comme suit :

« Article 28.1. Montant de la cotisation

a) Formule Base prime

La cotisation « frais de santé » de la formule Base prime au profit du salarié seul est égale selon l'affiliation du salarié au régime général de la sécurité sociale ou au régime local d'Alsace Moselle, à :

- 1,406% du PMSS* TTC pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale ;*
- 0,912% du PMSS* TTC pour le salarié bénéficiaire du régime local d'Alsace-Moselle.*

** Pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.*

Les montants de cotisation évolueront chaque 1er janvier, selon l'évolution de la valeur du PMSS.

En outre, la cotisation est révisable par avenant à la convention collective. La révision peut notamment intervenir en cas de déséquilibre constaté ou en cas de désengagement des régimes obligatoires d'Assurance Maladie ou de modifications d'ordre conventionnel, législatif ou réglementaire de nature à dégrader les résultats du régime.

b) Formule « Confort » ou « Confort Plus » collective obligatoire

En application de l'article VII.18.1, la cotisation « frais de santé » des formules Confort et Confort Plus retenues à titre collectif obligatoire au profit du salarié seul, en lieu et place de la formule Base prime, est égale à :

Formule Confort :

- 1,839% du PMSS* TTC pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 1,345% du PMSS* TTC pour le salarié bénéficiaire du régime local d'Alsace-Moselle.

Formule Confort Plus :

- 2,106% du PMSS* TTC pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 1,611% du PMSS* TTC pour le salarié bénéficiaire du régime local d'Alsace-Moselle.

* Pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

Ces pourcentages correspondent à ceux en vigueur pour ces options lorsqu'elles sont souscrites à titre individuel, minorés d'au moins 10%.

c) Répartition de la cotisation du régime collectif obligatoire

1) Cas général

La charge de cotisation de la couverture collective obligatoire « Base prime » est répartie comme suit :

- 58 % pour l'employeur ;
- 42 % pour le salarié.

2) Cas particulier

Lorsqu'un régime collectif obligatoire amélioré est mis en place en application des dispositions de l'article 18.1 ci-dessus, la part salariale de la cotisation doit être inférieure ou égale à celle mentionnée au cas général ci-dessus, conformément aux dispositions du 4^{ème} alinéa de l'article 28.2 a). »

Article 2 – Complémentaire santé - Cas de dispense d'affiliation

A l'article 17.2 du chapitre 2 du Titre VII « Garanties sociales et prévoyance », dans la liste des cas de dispense désignés par une lettre de l'alphabet :

- Le C) est complété par la mention suivante :

« Cette faculté de dispense s'exerce indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié lui permet de respecter les conditions requises. Ainsi, un salarié déjà affilié au régime aura la possibilité de demander le bénéfice de cette dispense d'affiliation. »

- Le paragraphe suivant, situé après le F), est supprimé :

~~« Les facultés de dispenses mentionnées aux points C et E s'exercent indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié lui permet de respecter les conditions requises. Ainsi, un salarié déjà affilié au régime aura la possibilité de demander le bénéfice de ces dispenses d'affiliation. »~~

Il est rappelé que ces cas de dispense s'exercent dans le respect des textes en vigueur et

sous réserve de justificatifs.

Article 3 – Prévoyance complémentaire – Montant des prestations

Les articles 1.4, 3.3, 4.3 et 5.4 du titre VII sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Article 1.4. Montant des prestations »

Le montant du maintien de salaire y compris les prestations brutes Sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation insuffisant) et l'éventuel salaire à temps partiel s'élève à 90% du salaire brut.

En aucun cas le salarié ne peut percevoir plus de 100% de son salaire net mensuel.

La garantie « maintien de salaire » comprend également le remboursement des charges sociales patronales évaluées forfaitairement à 8% des prestations versées. »

« Article 3.3. Montant des prestations »

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 % de l'assuré cadre ou non cadre, reconnue et notifiée par la sécurité sociale, l'organisme assureur verse une rente complétant le cas échéant celle de la sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire. Le montant de la prestation, y compris les prestations brutes de sécurité sociale, est défini comme suit :

a. En cas d'invalidité de 1ère catégorie :

Le montant de la rente est égal aux 3/5 du montant de la rente retenue pour la 2^{ème} ou la 3^{ème} catégorie.

b. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec un taux d'IPP au moins égal à 33 % et inférieur à 66 % :

Le montant de la rente est calculé comme suit : $(R \times N)/66\%$ (R étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité de 2^{ème} catégorie, et N le taux d'incapacité permanente déterminée par la sécurité sociale).

c. En cas d'invalidité de 2^{ème} catégorie, de 3^{ème} catégorie, ou d'accident du travail, ou de maladie professionnelle avec un taux d'IPP supérieur ou égal à 66 % :

Le montant de la rente est égal à 75 % du salaire brut de référence.

Dans tous les cas, le total perçu par le salarié (sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité. »

« Article 4.3. Revalorisation des prestations »

Les prestations incapacité temporaire de travail et invalidité sont revalorisées chaque année au 1^{er} juillet. Le taux de la revalorisation est défini par les partenaires sociaux réunis en CPPNI. Il est retranscrit dans un compte rendu de la CPPNI et publié sur le site Internet de la Branche.

La première revalorisation des prestations incapacité et invalidité sera mise en œuvre au plus tôt au-delà du 181^{ème} jour d'arrêt de travail. »

« Article 5.4. Salaire de référence

Le salaire servant de base au calcul des prestations est le salaire brut tranches A et B perçu au cours des 12 derniers mois précédant le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance d'un décès ou d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le salaire de référence retenu est celui précédant la date d'arrêt de travail.

Ce salaire est revalorisé, chaque année, au 1^{er} juillet. Le taux de la revalorisation est défini par les partenaires sociaux réunis en CPPNI. Il est retranscrit dans un compte rendu de la CPPNI et publié sur le site Internet de la Branche.

Si le salarié ne compte pas 12 mois d'ancienneté, le salaire de référence est reconstitué à partir de la moyenne mensuelle des salaires bruts (tranches A et B) versés, y compris les éventuels éléments variables de rémunération. »

Article 4 – Durée et date d'effet

Article 4.1 – Durée

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Article 4.2 – Agrément

Les partenaires sociaux demandent l'agrément du présent texte conformément aux dispositions de l'article L 314-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Article 4.3 – Extension

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des structures de la Branche, quelle que soit leur taille, y compris celles employant moins de 50 salariés.

Les partenaires sociaux demandent l'extension du présent texte conformément aux dispositions de l'article L 2261-15 du Code du Travail.

Article 4-4 - Date d'entrée en vigueur

Pour les employeurs adhérant à l'une des organisations membres de l'USB-Domicile, les dispositions du présent avenant seront applicables :

- à compter du 1^{er} jour du trimestre civil qui suivra son agrément et au plus tôt le 1^{er} janvier 2026 pour l'article 1 « Complémentaire Santé – Montant des cotisations »,
- à compter du lendemain de son agrément pour les autres dispositions.

Pour les autres employeurs de la Branche, les dispositions du présent avenant seront applicables à compter du lendemain de la publication au Journal Officiel de l'arrêté d'extension.