

AVENANT N°64/2024
À LA CONVENTION COLLECTIVE DE LA BRANCHE
DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS
ET DES SERVICES A DOMICILE (BAD)

Handwritten mark

Préambule

Les dispositions du chapitre 2 « Complémentaire santé » du Titre VII de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile définissent le régime conventionnel de remboursement des frais de santé obligatoire pour les salariés de la branche.

L'article 17.1 de ce chapitre précise que, sauf cas de dispenses décrits à l'article 17.2, « L'affiliation des salariés au régime « Base prime » » telle que visée à l'article 23.1 est obligatoire dès leur embauche dans l'entreprise. ».

La formule « Base prime » correspondant au niveau de couverture conventionnel plancher, chaque salarié peut améliorer sa couverture frais de santé en souscrivant, à titre facultatif et individuel, à l'une des formules « Confort » ou « Confort Plus » respectivement détaillées aux articles 23.2 et 23.3 du même chapitre.

Considérant que le niveau de couverture de la formule « Base prime », collectif et obligatoire, n'était pas suffisant, certaines entreprises de la branche ont négocié de manière isolée des améliorations de leur couverture collective obligatoire.

Les partenaires sociaux de la Branche ont donc souhaité faire évoluer le texte conventionnel pour proposer un cadre permettant d'améliorer le niveau de couverture des salariés relevant du régime collectif obligatoire.

Il convient par ailleurs de tenir compte de l'impact des différents transferts de charge intervenus récemment entre la Sécurité Sociale et les organismes d'assurance maladie complémentaires. A titre d'exemples, on peut citer : augmentation du ticket modérateur sur les transports sanitaires programmés depuis le 1^{er} août 2023, augmentation du ticket modérateur de 10 points sur les actes dentaires y compris orthodontiques depuis le 15 octobre 2023, augmentation de 1,50 € de plusieurs tarifs de consultation médicale dont celui des médecins généralistes depuis le 1^{er} novembre 2023, revalorisation depuis le 1^{er} janvier 2024 de certains actes des masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes, orthophonistes ..., revalorisation des tarifs hospitaliers de 7% en 2023, etc.

D'autres évolutions sont également prévues dans un avenir proche, et notamment : nouvelle augmentation du tarif de consultation des médecins généralistes (passant de 26,5€ à 30€ soit +13,2%) et de certains spécialistes (gynécologues, pédiatres, rhumatologues, psychiatres ...) à compter du 1^{er} décembre 2024. Enfin, les mesures complémentaires d'ores et déjà prévues dans le cadre de la convention médicale signée le 4 juin 2024 par l'assurance maladie pour 2024-2029 sont également susceptibles d'impacter les organismes d'assurance maladie complémentaire et surtout l'équilibre des régimes.

Accompagnés dans leurs réflexions par l'actuaire de la Branche, les partenaires sociaux ont donc considéré qu'il était nécessaire de faire évoluer les taux de cotisation du régime de couverture complémentaire conventionnel afin de maintenir son équilibre, préservant ainsi l'intérêt de toutes les parties prenantes et en particulier celui des salariés couverts et des employeurs dont les contributions seront adaptées aux projections réalisées concernant les dépenses de santé.

Enfin, et suite à la mise à jour du 19 avril 2024 de la rubrique « Protection sociale complémentaire » du Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale concernant les dispenses d'affiliation dont peuvent bénéficier les ayants-droits d'un salarié couvert par un contrat collectif obligatoire (paragraphes 810 et 870), les partenaires sociaux de la Branche ont souhaité faire évoluer le texte conventionnel afin d'intégrer cette évolution.

Les partenaires sociaux de la Branche ont donc négocié les dispositions ci-après :

Article 1 – Organisation des niveaux de garanties

L'article 16 du chapitre 2 « Complémentaire santé » du Titre VII est modifié comme suit :

« Article 16. Champ d'application du régime de complémentaire santé

Le présent régime s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la présente convention collective, au bénéfice des salariés et personnes tels que définis à l'article 2, pour les frais de santé engagés à compter de l'entrée en vigueur du présent régime et sa mise en place dans l'entreprise.

Le régime comprend 3 niveaux de garanties ou de formules :

- Le premier niveau de garanties, dénommé ci-après « Base prime », constitue le régime conventionnel de remboursement des frais de santé obligatoire dont bénéficient les salariés de la Branche.
- En complément, les garanties peuvent être améliorées par l'accès à des formules additionnelles et optionnelles, respectivement dénommées ci-après « Confort » et « Confort Plus » dans les conditions prévues aux articles 18.1 et 18.2 ci-après.

Les entreprises de la Branche pourront, si elles le souhaitent, en adapter les dispositions dans les conditions prévues aux alinéas 4 à 6 de l'article 28.2 a) du présent Titre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre régime auprès d'un organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et dûment justifiées. »

Article 2 - Amélioration du régime obligatoire frais de santé

Les dispositions de l'article 18 du chapitre 2 « Complémentaire santé » du Titre VII sont modifiées comme suit :

« Article 18. Amélioration de la couverture frais de santé

Deux niveaux de couverture optionnels, proposant des améliorations de garanties au-delà du régime minimum obligatoire conventionnel « Base prime », sont proposés aux entreprises : ces couvertures additionnelles et optionnelles sont respectivement dénommées ci-après « Confort » et « Confort Plus ».

Les entreprises pourront souscrire librement à ces niveaux optionnels dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire.

Les salariés ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant, à titre individuel, à l'une de ces options supplémentaires facultatives, lorsque celles-ci ne sont pas mises en place par adhésion obligatoire. »

Article 18.1 Amélioration collective

Les structures peuvent mettre en place un régime collectif obligatoire plus favorable que le régime « Base prime », dans le respect des dispositions des alinéas 4 à 6 de l'article 28.2 a) du présent Titre.

CV JC SA HV
clg

Ainsi, les formules conventionnelles « Confort » ou « Confort Plus » peuvent notamment être souscrites par chaque entreprise de la branche, à titre de régime collectif obligatoire au sens de la loi du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi et dans les conditions prévues à l'article L 911-1 du code de la Sécurité Sociale.

Comme la « Base prime », elles répondent aux critères de régime solidaire et responsable au sens de la réglementation sociale et fiscale.

Article 18.2 Amélioration individuelle

Selon le niveau du régime mis en œuvre au sein de l'entreprise à titre collectif et obligatoire, chaque salarié bénéficiaire du régime de base peut améliorer sa couverture frais de santé à titre facultatif et individuel, en souscrivant à l'une des formules « Confort » ou « Confort Plus » respectivement détaillées aux articles 23.2 et 23.3 du présent chapitre.

L'extension prend effet :

- au plus tôt, à la date d'affiliation au présent régime lorsque la demande est faite concomitamment ;
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'extension par l'organisme assureur.

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture frais de santé du salarié est à la charge exclusive de ce dernier. Elle doit être payée à l'organisme assureur.

Article 3 – 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 :

- 1,314% du PMSS* TTC (Taxe de solidarité additionnelle - TSA - au taux de 13,27%) pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 0,852% du PMSS* TTC (Taxe de solidarité additionnelle - TSA - à 13,27%) 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

Handwritten notes: "CW JC H AN" and a signature.

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 :

Régime Confort :

- 1,719% du PMSS* TTC (Taxe de solidarité additionnelle - TSA - au taux de 13,27%) pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 1,257% du PMSS* TTC (Taxe de solidarité additionnelle - TSA - à 13,27%) pour le salarié bénéficiaire du régime local d'Alsace-Moselle.

Régime Confort Plus :

- 1,968% du PMSS* TTC (Taxe de solidarité additionnelle - TSA - au taux de 13,27%) pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 1,596% du PMSS* TTC (Taxe de solidarité additionnelle - TSA - à 13,27%) 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 de 10%.

Ils évolueront à chaque changement de tarif des options souscrites à titre individuel.

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 4 – Obligations des employeurs

Le paragraphe a) de l'article 28.2 du chapitre 2 « Complémentaire santé » du Titre VII « Garanties sociales et prévoyance » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 28.2. Obligations des employeurs, adhésion, affiliation et paiement des cotisations

a) Principe

Toutes les structures relevant de la branche professionnelle doivent être affiliées auprès d'un organisme assureur en matière de complémentaire santé.

Le choix de l'organisme assureur par la structure fait l'objet au préalable, d'une consultation du Comité Social et Economique (CSE) lorsqu'il existe.

Les structures en création et les structures n'ayant mis en place aucun contrat de complémentaire santé doivent obligatoirement garantir l'application du présent régime en s'affiliant auprès d'un organisme assureur.

Les structures ayant mis en place un régime en frais de santé par voie d'accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale, et disposant d'un contrat d'assurance au profit de l'ensemble du personnel peuvent conserver ce contrat à la double condition qu'il :

- offre aux salariés concernés des garanties au moins équivalentes, acte par acte, à celles prévues par le régime de base conventionnel ;
- et prévoit une part salariale de cotisation inférieure ou égale à celle prévue à l'article 28.1 de la présente convention.

Les structures concernées doivent fournir chaque année aux représentants du personnel, lorsqu'ils existent, une copie du contrat concerné, intégrant le détail des niveaux de prestation acte par acte, ainsi qu'une attestation de l'assureur précisant que le contrat est toujours en vigueur.

Dès lors que les deux conditions ci-dessus du contrat dit plus favorable ne seraient plus remplies, les structures concernées auront l'obligation d'ajuster leur régime complémentaire santé afin de se mettre en conformité avec leur obligation conventionnelle. »

Article 5 - Cas de dispense d'affiliation

L'article 17.2 du chapitre 2 du Titre VII « Garanties sociales et prévoyance » est modifié comme suit :

« Article 17.2 Les cas dérogatoires / les dispenses d'affiliation

Les dispenses d'affiliation doivent relever du libre choix du salarié, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande écrite du salarié traduisant un consentement libre et éclairé de ce dernier, faisant référence à la nature des garanties en cause auxquelles il renonce.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Peuvent solliciter une dispense d'affiliation, quelle que soit leur date d'embauche :

A) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée, avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;

B) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au régime collectif obligatoire les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des régimes de protection

sociale complémentaires institués dans l'entreprise, d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

C) Les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (« complémentaire santé solidaire » - CSS), qui doit être justifiée par tout document, cesse à la date à laquelle le salarié perd le bénéfice de cette aide ou de cette couverture complémentaire ;

D) Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties, ou au moment de leur embauche si elle est postérieure, et qui en justifient auprès de leur employeur. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

E) A condition de le justifier annuellement auprès de leur employeur, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations dans le cadre d'un dispositif de remboursement de frais de santé complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Pour un salarié ayant droit, la dispense d'affiliation peut prendre effet :

- à tout moment si la couverture dont bénéficie son conjoint également salarié prévoit la couverture des ayants droit à *titre obligatoire* ;
- uniquement au moment de leur embauche ou à la date à laquelle entre en vigueur la couverture dont bénéficie son conjoint également salarié et qui prévoit la couverture de ses ayants droit à *titre facultatif*.

F) Les salariés qui, au moment de leur embauche, bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture de frais de santé complémentaire au titre d'un autre emploi, relevant de l'un des dispositifs suivants :

- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- Régime complémentaire d'assurance maladie des Industries électriques et gazières ;
- Régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » issu de la loi 94-126 du 11 février 1994.

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.

Pour l'application de ces cas dérogatoires, l'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus, l'affiliation au régime de remboursement frais de santé et devra dans tous les cas se faire remettre, au plus tard dans les 30 jours qui suivent la proposition d'affiliation, un écrit signé par chacun des salariés concernés accompagné des éventuels justificatifs nécessaires stipulant leur refus d'affiliation et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus.

Les salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au régime frais de santé. Dans ce cas, leur affiliation prend effet le premier jour du mois qui suit leur demande. En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser et d'être affiliés au régime de remboursement de frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En outre, aucune autre dispense d'affiliation ne peut être accordée. »

Article 6 – Durée et date d'effet

Article 6.1 – Durée

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Article 6.2 – 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 6.3 – 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 6-4 - 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 1er jour du trimestre qui suivra son agrément et au plus tôt le 1er janvier 2025 pour les article 1 « Organisation des niveaux de garanties », article 2 « Amélioration du régime obligatoire frais de santé » et article 3 « 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.

Fait à Paris le 27 septembre 2024

CVT JF H AN
W

ORGANISATIONS EMPLOYEURS

USB-Domicile :

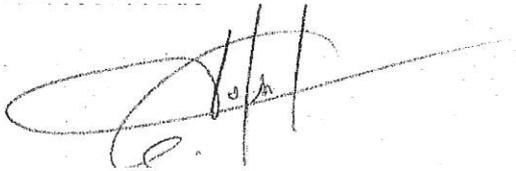
UNADMR

Madame Jeanne UBERSFELD
Union Nationale des Associations ADMR
184A, rue du Faubourg Saint Denis
75010 PARIS



UNA

Monsieur Jean-Marc DE JESUS
Union Nationale de l'Aide, des
Soins et des Services aux Domiciles
7 rue Biscornet
75012 PARIS



ADEDOM

Fédération Nationale
Monsieur Hugues VIDOR
40 rue Gabriel Crie
92240 MALAKOFF



FNAAFP/CSF

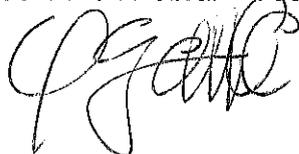
Madame Carole KUPISZ
Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire
Confédération Syndicale des Familles
53, rue Riquet
75019 PARIS



ORGANISATIONS SYNDICALES DE SALARIÉS

CFDT

Monsieur Stéphan GARREC
Fédération Nationale des Syndicats des Services de Santé et Services Sociaux
48/49, avenue Simon Bolivar – 75019 PARIS



CGT

Madame Estelle PIN
Fédération Nationale des Organismes Sociaux
263, rue de Paris – Case 536 – 93515 MONTREUIL Cedex

CGT-FO

Madame Isabelle ROUDIL
Fédération Nationale de l'Action Sociale Force Ouvrière
7, passage Tenaille – 75014 PARIS