

Avenant n° 8 du 14 janvier 2025
à l'accord du 7 octobre 2015
relatif à la modernisation du régime de complémentaire santé
au 1^{er} janvier 2026

NOR : ASET2550419M

IDCC : 1486

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

SYNTEC ;

CINOV,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

F3C CFDT ;

CFTC Média+,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Institué par l'accord du 7 octobre 2015, le régime conventionnel de complémentaire santé de la branche des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils couvre environ 70 000 salariés. Malgré des ajustements conventionnels ayant fait évoluer le régime dans un sens favorable, une partie des entreprises de la branche continue à recourir à des contrats collectifs autonomes.

Soucieux de promouvoir le régime conventionnel et de développer la mutualisation, les partenaires sociaux de la branche ont commandé une étude de marché visant à identifier les freins à l'adhésion de nouvelles entreprises, avec le concours des organismes assureurs recommandés. Dans ce cadre, une potentielle inadéquation entre les besoins de certaines entreprises, d'une part, et l'offre de complémentaire santé en vigueur, d'autre part, a été mise en lumière. L'annonce de désengagements successifs de la sécurité sociale a par ailleurs induit des incidences sur l'équilibre financier du régime, et a entraîné des augmentations de cotisations subséquentes.

Les partenaires sociaux ont alors souhaité, sur la base de ces constats, repenser les structures de cotisation du régime ainsi que certains niveaux de prises en charge des dépenses de santé en vue de la nouvelle recommandation 2026.

Le présent avenant a donc pour objet d'adapter le régime conventionnel à la diversité des caractéristiques des entreprises de la branche, afin d'envisager l'appel d'offres en toute sérénité. L'accord modifié^[1] du 7 octobre 2015 relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé dans la branche des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils (IDCC 1486) sera donc amendé en conséquence.

Article 1^{er} | Structure de cotisation additionnelle

Une nouvelle structure de cotisation est ajoutée à la structure « salarié + enfants obligatoires/conjoint facultatif », prévue par l'accord de branche du 7 octobre 2015 modifié relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé.

Cette dernière correspond au montage « isolé/famille obligatoire » et permet de moduler le périmètre de couverture en fonction de la situation familiale objective du salarié.

L'entreprise dispose donc d'un choix entre l'une des deux structures de cotisation, qu'il appliquera à l'ensemble de son personnel :

- salarié + enfants obligatoires/conjoint facultatif ; ou
- isolé/famille obligatoire.

Si l'entreprise fait le choix de la nouvelle structure « Isolé/famille obligatoire », le salarié ne disposant d'aucun ayant-droit, ou dont le ou les ayant(s) droit sont couverts au titre d'un autre régime s'acquitte d'une cotisation « isolé ». Le salarié disposant d'un ou plusieurs ayant(s) droit s'acquitte d'une cotisation « famille ».

Le salarié ne disposant d'aucun ayant-droit, ou dont le ou les ayant(s) droit sont couverts par un autre régime est tenu de présenter une attestation sur l'honneur à l'employeur en vue de faire jouer la dispense prévue à l'article D. 911-3 du code de la sécurité sociale et de s'acquitter d'une cotisation « isolé ».

Article 1.1 | Bénéficiaires de la couverture minimale de branche

Afin de procéder à la mise en conformité des stipulations conventionnelles, nécessitée par l'ajout de la structure de cotisation susmentionnée, l'article 1.1.1 de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015 est remplacé par les stipulations suivantes :

« Sont bénéficiaires de la couverture minimale de branche en matière de remboursements complémentaires des frais de santé, tous les salariés d'une entreprise relevant dudit champ d'application.

Cette couverture s'étend :

- dans le cadre de la structure "salarié + enfants obligatoires/conjoint facultatif", aux enfants à charge du salarié ;
- le cas échéant, dans le cadre de la structure "isolé/famille obligatoire", aux enfants à charge et/ou au conjoint du salarié. »

Article 1.2 | Adhésion optionnelle du salarié

L'article 1.1.7 de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015 est remplacé par les stipulations suivantes :

« Article 1.1.7.1 | Extension du périmètre de couverture

Au-delà du périmètre de couverture obligatoire défini à l'article 1.1.1 du présent accord, les entreprises doivent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés

[1] Par l'avenant n° 7 du 18 décembre 2024 portant revalorisation des cotisations au régime au 1^{er} avril 2025.

pour permettre l'extension du bénéfice du régime au conjoint du salarié dans le cadre de la structure "salarié + enfant(s) obligatoires/conjoint facultatif".

En tout état de cause, lorsque l'employeur opte pour la structure de cotisation "isolé/famille obligatoire", la couverture prévue par le présent accord bénéficie, hors cas de dispense, à l'ensemble des ayants droit du salarié, entendus comme son ou sa conjoint(e) ainsi que son ou ses enfant(s) à charge.

Les enfants à charge du salarié s'entendent comme les enfants à la charge de l'assuré ou ceux de son conjoint lorsqu'ils sont :

- d'une part, âgés de moins de 18 ans ;
- d'autre part, bénéficiaires d'un régime de sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré, de celle de son conjoint, ou d'une affiliation personnelle.

Cette limite d'âge est portée jusqu'à la veille du 26^e anniversaire ;

- pour les enfants qui poursuivent leurs études et qui :
 - d'une part, ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée ;
 - d'autre part, sont fiscalement à la charge de l'assuré ;
- pour les enfants qui suivent une formation en alternance (contrat de professionnalisation et d'apprentissage).

Elle est supprimée en cas de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le conjoint du salarié s'entend comme :

- l'époux(se) du salarié, non divorcé(e) ou non séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié par un Pacs : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;
- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins deux (2) ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Article 1.1.7.2 | Amélioration du niveau des garanties

Au-delà du niveau de garanties minimum ayant été choisi par l'employeur, et sauf à ce que ce dernier ait opté pour le niveau de couverture le plus avantageux, l'employeur doit proposer des options permettant une prise en charge renforcée des frais de santé de ses salariés. Ces options facultatives sont financées par les salariés. »

Article 1.3 | Niveau minimal de garanties

Afin de procéder à la mise en conformité des stipulations conventionnelles avec le 3^e alinéa de l'article 1^{er} du présent avenant, l'article 2 de l'accord de branche du 7 octobre 2015 modifié est remplacé par les stipulations suivantes :

« La couverture minimum de branche a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé considérés par les partenaires sociaux de la branche comme devant obligatoirement être couverts pour l'ensemble des salariés travaillant dans les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective et, le cas échéant, pour leurs enfants à charge et/ou leur conjoint.

Les partenaires sociaux affirment leur volonté d'améliorer les garanties réglementaires existantes au jour de la conclusion du présent accord. Sont couverts les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation maladie, accident du travail, maladie professionnelle et maternité.

Soucieux d'intervenir en amont afin de prévenir les risques en matière de santé, les partenaires sociaux ont décidé de mettre en avant plusieurs actions de prévention au travers des garanties proposées. Les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat "responsable" en termes d'interdictions et d'obligations minimales et maximales de prise en charge, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale. »

Article 2 | **Modification des garanties**

Article 2.1 | **Hospitalisation en établissement conventionné**

À l'annexe I de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015, au sein du tableau « Hospitalisation en établissement conventionné », les lignes « Chambre particulière » et « Lit d'accompagnant » sont rédigées comme suit :

Chambre particulière – Par journée ^[2] ou par nuitée	45 €	60 €	80 €	100 €
Lit d'accompagnant – Par nuitée	45 €	60 €	80 €	100 €

Article 2.2 | **Soins courants**

Article 2.2.1 | **Psychologie dans le cadre du dispositif « Mon parcours psy »**

À l'annexe I de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015, au sein du tableau « Soins courants », il est ajouté une ligne « Psychologie dans le cadre du dispositif Mon soutien psy » en dessous de la ligne « Médecines douces : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychomotricien, tabacologue (sur présentation d'une facture originale) ».

Cette ligne additionnelle est ainsi rédigée :

Psychologie dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy »	100 % BRSS ^[1]
[1] Dans les limites prévues par l'arrêté du 2 mars 2022 fixant la convention type entre l'assurance maladie et les professionnels s'engageant dans le cadre du dispositif de prise en charge de séances dans l'accompagnement par un psychologue.	

Article 2.2.2 | **Suppression de la prise en charge de l'équilibre alimentaire et des produits diététiques**

À l'annexe I de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015, au sein du tableau « Soins courants », la ligne « Équilibre alimentaire et produits diététiques (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée) » est supprimée.

Article 2.3 | **Dentaire**

À l'annexe I de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015, au sein du tableau « Dentaire », la note de bas de page n° 10, qui figure sur le tableau « Dentaire », ligne « Prothèses », est remplacée par le paragraphe suivant :

« Application d'un plafond de prothèses dentaires hors équipement "100 % santé" : pose de prothèses de nature temporaire ou permanente sur deux (2) dents, par an et

par bénéficiaire. Au-delà de ce plafond de deux (2) dents, la prise en charge est limitée à 125 % de la BR des frais de soins dentaires prothétiques (art. D. 911-1, 2° du code de la sécurité sociale). »

Article 2.4 | Optique

À l'annexe I de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015, le tableau « Optique » est remplacé comme suit :

OPTIQUE ¹		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Lunettes Monture + 2 verres ² de Classe A	Équipement « 100 % Santé » * (y compris examen de la vue par l'opticien)	100 % pris en charge	100 % pris en charge	100 % pris en charge	100 % pris en charge
Lunettes Monture + 2 verres ¹⁹ de Classe B	Par verre	Voir tableau « Base conventionnelle »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 1 »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 2 »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 3 »
	Par monture				
Lentilles prescrites ³ – Par année et par bénéficiaire		85 €	100 €	200 €	250 €
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Lentilles prescrites jetables – Par année et par bénéficiaire		85 €	100 €	200 €	250 €
Chirurgie optique réfractive – Par œil		700 €	800 €	900 €	1000 €

¹ Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de seize (16) ans révolus. Renouvellement tous les six (6) mois pour les enfants de moins de six (6) ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les deux (2) ans à compter du 16^e anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres).

² Les verres sont définis par les codes « Liste des produits et prestations » (LPP) de la nomenclature de la Sécurité sociale (accessible sur le site www.ameli.fr).

³ Pour les lentilles acceptées, au minimum remboursement du Ticket Modérateur (TM) qui est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

VERRES DE « CLASSE B » ET MONTURES (Montant total de la garantie, Sécurité sociale incluse)	BASE CONVENTIONNELLE		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3	
	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)
Par verre Unifocal, Sphérique								
Sphère de -6 à +6	75 €	45 €	80 €	50 €	90 €	60 €	115 €	75 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	85 €	80 €	90 €	85 €	100 €	95 €	125 €	120 €
Sphère < -12 ou > +12	95 €	85 €	100 €	90 €	110 €	100 €	140 €	125 €
Par verre Unifocal, Sphérique-cylindrique								
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	85 €	55 €	90 €	60 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +6	85 €	55 €	90 €	60 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	85 €	75 €	90 €	70 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Cylindre ≤ +4, sphère < -6	95 €	85 €	100 €	90 €	110 €	100 €	140 €	125 €
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	105 €	95 €	110 €	100 €	120 €	110 €	150 €	140 €
Cylindre > +4, sphère < -6	115 €	105 €	120 €	110 €	130 €	120 €	165 €	150 €
Par verre Multifocal ou progressif sphérique								
Sphère de -4 à +4	135 €	110 €	140 €	115 €	160 €	125 €	200 €	155 €
Sphère de < -4 ou > +4	145 €	120 €	150 €	125 €	170 €	135 €	215 €	170 €
Par verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique								
Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	155 €	130 €	160 €	135 €	180 €	145 €	225 €	180 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +8								
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8								
Cylindre > +4, sphère de -8 à 0								
Sphère < -8								
Par monture								
Monture	80 €	60 €	80 €	60 €	80 €	60 €	80 €	60 €

Article 3 | Action sociale

Article 3.1 | Garanties de l'action sociale

L'article 1.3.2 de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015 relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé est ainsi rédigé :

« Article 1.3.2 | Garanties de l'action sociale

L'action sociale mise en place par le présent accord peut concerner des actions collectives de prévention ainsi que des actions individuelles en cas de difficultés d'ordre social ou économique, notamment sous forme d'aides exceptionnelles sous conditions de ressources.

Les partenaires sociaux signataires du présent accord ont défini comme prioritaires les actions de prévention ci-après énumérées :

- la promotion des pratiques sportives ;
- l'amélioration de l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle ;
- la résolution des problématiques d'inclusion appliquées à la santé.

Les organismes recommandés cités à l'article 1^{er} de l'annexe II du présent accord proposent les modalités pratiques de mise en œuvre de ces actions.

Les aides sociales individuelles susceptibles de bénéficier aux salariés sous condition de ressources comprennent nécessairement :

- l'aide à la couverture des salariés et de leurs ayants droit les plus en fragilité ;
- l'aide au financement des activités sportives ;
- l'aide au financement des médecines douces.

Ces actions s'intègrent dans le cadre global de la politique santé-prévention de branche.

Il est rappelé que ces actions prioritaires ainsi que la communication associée à leur déploiement, sont financées selon les modalités définies au 1^{er} alinéa de l'article 1.3.5. »

Article 3.2 | Financement de l'action sociale

L'article 1.3.5 de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015 est ainsi rédigé :

« Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, 2 % du montant de la prime ou de la cotisation globale acquittée par l'employeur et le salarié sont affectés au financement des prestations servies dans le cadre de l'action sociale pour les organismes assureurs non recommandés, ou par le fonds d'action sociale des organismes assureurs recommandés.

Le fonds d'action sociale des organismes assureurs recommandés bénéficie exclusivement aux salariés couverts par ceux-ci.

Les actions visées à l'article 1.3.2 ainsi que la communication y afférente sont financées par le fonds susmentionné. »

Article 4 | Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

Afin de mettre en conformité les stipulations conventionnelles avec les dispositions légales et réglementaires en vigueur, le d de l'article 1.1.2 de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015 est remplacé par le paragraphe suivant :

« d) Les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (complémentaire santé solidaire).

La dispense d'adhésion est valable uniquement jusqu'à la date à laquelle ces salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. »

Article 5 | Versement santé

Article 5.1 | Modalités de calcul

L'article 3.4 de l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015 est ainsi rédigé :

« Le montant du "versement santé" est calculé selon les modalités prévues à l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale^[1].

En tout état de cause, le "versement santé" perçu par le salarié au sein de la même entreprise sur un (1) mois civil d'activité ne pourra pas excéder le montant de la cotisation mensuelle acquittée par le salarié au titre de sa couverture souscrite par ailleurs.

[1] Sur les modalités de calcul du versement santé, voir le *Bulletin officiel de la sécurité sociale*, point 850. »

Article 5.2 | Suppression de l'annexe IV

L'annexe IV à l'accord de branche modifié du 7 octobre 2015 est supprimée.

Article 6 | Champ d'application. Durée. Entrée en vigueur. Formalités et extension

Le présent avenant s'applique sur l'ensemble du territoire national à tous les salariés employés, techniciens, agents de maîtrise et cadres salariés des entreprises dont l'activité est comprise dans le champ d'application de la convention collective des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils du 15 décembre 1987 (IDCC 1486).

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur, sous réserve de son extension, au 1^{er} janvier 2026.

Le présent avenant s'incorpore à l'accord de branche du 7 octobre 2015 relatif à la complémentaire santé qu'il modifie. Il est donc régi par les mêmes modalités de suivi, révision et dénonciation.

Le présent avenant est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail et fera l'objet d'une demande d'extension par la partie la plus diligente auprès du ministère du travail.

Article 7 | Stipulations pour les entreprises de moins de cinquante (50) salariés

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de dispositions spécifiques aux entreprises de moins de cinquante (50) salariés visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail, dans la mesure où l'accord a vocation à s'appliquer uniformément à toutes les entreprises de la branche, quelle que soit leur taille.

Fait à Paris, le 14 février 2025.

(Suivent les signatures.)