

Avenant n° 87 du 16 septembre 2025
relatif à la modification du titre XI « Complémentaire santé »
de la convention collective

NOR : ASET2650056M

IDCC : 2190

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

UNML,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

SYNAMI CFTD,

d'autre part,

Les partenaires sociaux de la branche ont convenu de ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des missions locales et PAIO ont engagé une négociation concernant la révision de la couverture complémentaire santé collective et obligatoire des salariés de la branche des missions locales et PAIO.

À l'issue de ces travaux et de la procédure de mise en concurrence, la négociation entre les partenaires sociaux a été engagée dans la perspective de répondre à 3 objectifs majeurs pour les structures comme pour les salariés :

- harmoniser les avantages sociaux au sein du réseau des missions locales et PAIO ;
- offrir un régime complémentaire santé supérieur à la loi et extensible aux membres de la famille ;
- contribuer au bien-être des salariés de la branche.

Conformément au code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont, au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, recommandé un organisme assureur pour assurer la gestion des garanties obligatoires de protection sociale complémentaire santé.

En conséquence, les partenaires sociaux de la branche des missions locales et PAIO ont conclu le présent avenant qui met à jour les dispositions permanentes de la convention collective nationale des missions locales et PAIO du 21 février 2001 prévues au titre XI intitulé « Régime de complémentaire santé ».

Article 1^{er} | *Champ d'application*

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des structures relevant de la convention collective nationale des missions locales et PAIO.

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant s'applique à l'ensemble des structures quel que soit l'effectif de l'association.

Article 2 | *Modification du titre XI « Complémentaire santé »*

L'article 11.1 intitulé « Objet de l'accord » est inchangé.

L'article 11.2 intitulé « Objet de l'accord » est inchangé.

L'article 11.3 intitulé « Affiliation » est modifié comme suit :

« 11.3.1. Définition des bénéficiaires

a) Les salariés

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail. Les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

b) Les ayants droit

Les garanties sont accordées au salarié et aux membres de sa famille à titre obligatoire désignés ci-dessous :

- le conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs qui perçoit des revenus professionnels ou de remplacement dont le montant annuel brut est inférieur à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- les enfants rattachés à l'assuré ou à son conjoint au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire âgé de moins de 21 ans (ou de moins de 25 ans si poursuite d'études) ;
- les enfants jusqu'au jour de leur 28^e anniversaire satisfaisant au moins l'une des conditions suivantes :
 - étudiants/apprentis percevant une rémunération pendant maximum trois mois dans l'année ou à défaut n'excédant pas 60 % du Smic mensuel ;
 - sans condition d'âge pour les enfants reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
 - à la recherche d'un premier emploi et inscrits en tant que tel à France Travail ;
 - enfant percevant une allocation chômage d'aide au retour à l'emploi (ARE) dont le montant annuel est inférieur à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs qui perçoit des revenus professionnels ou de remplacement dont le montant annuel brut est supérieur ou égal à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale devra avoir la faculté d'adhérer à titre facultatif. »

Les autres dispositions de cet article sont inchangées.

L'article 11.4 intitulé « Maintien des garanties » est inchangé.

L'article 11.5 « Définition et contenu des garanties minimales » est modifié comme suit :

« Article 11.5 | *Définition et contenu des garanties minimales*

La couverture "frais de santé" a pour objet d'assurer le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié, en complétant acte par acte, les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Les prestations du régime complémentaire santé de la branche sont définies par un régime socle de base. Il est également prévu une option, à adhésion facultative ou obligatoire au choix de chaque structure, permettant d'améliorer les garanties du régime socle de base. Les garanties du régime socle de base et de l'option sont les suivantes :

	Les garanties exprimées incluent le remboursement de la Sécurité sociale (RSS) et dans la limite des frais réels	
	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION + SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
HOSPITALISATION (y compris en cas de maternité)		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Médecins signataires DPTM	200% BR	300% BR
- Médecins non signataires DPTM	180% BR	200% BR
Frais de séjour	100% Frais réels	100% Frais réels
Forfait hospitalier (y compris en service psychiatrique)	100% Frais réels	100% Frais réels
Forfait participation	100% Frais réels	100% Frais réels
Chambre particulière (y compris en cas de maternité)	60 € / jour	80€ / jour
Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	50€ / jour	75 € / jour
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100% BR	100% BR
Forfait patient urgence	100% Frais réels	100% Frais réels
SOINS COURANTS		
Consultations / visites Généralistes		
- Médecins signataires DPTM	150% BR	250% BR
- Médecins non signataires DPTM	130% BR	200% BR
Consultations / visites Spécialistes		
- Médecins signataires DPTM	200% BR	250% BR
- Médecins non signataires DPTM	180% BR	200% BR
Petite chirurgie et Actes de Spécialité		
- Médecins signataires DPTM	150% BR	250% BR
- Médecins non signataires DPTM	130% BR	200% BR
Radiologie, imagerie médicale		
- Médecins signataires DPTM	150% BR	250% BR
- Médecins non signataires DPTM	130% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux		
(infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, mon soutien psy)	150% BR	250% BR
Analyses médicales, travaux de laboratoire	200% BR	250% BR
PHARMACIE		
Médicaments remboursés SS (y compris vaccins remboursés SS)	100% BR	100% BR
Contraception non remboursée SS	70 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
Traitement des addictions non remboursé SS (tabac, alcool)	-	50 € / an / bénéficiaire
Médicaments et vaccins prescrits et non remboursés SS	50€ / an / bénéficiaire	100€ / an / bénéficiaire
OPTIQUE		
Panier 100% Santé (*)		
- Montures	100% Frais réels	100% Frais réels
- Verres	100% Frais réels	100% Frais réels
Panier Tarif Libre (*)		
- Montures	100 €	100 €
- Verres	Cf. Grille Optique - Verres du panier tarif libre (classe B)	
Lentilles (remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale et jetables)	100€ / an / bénéficiaire	150€ / an / bénéficiaire
Frais d'adaptation	100% BR	100% BR
Chirurgie de la myopie (par œil)	600 €	800 €
DENTAIRE		
Soins dentaires	180% BR	250% BR
Soins et prothèses - panier 100% Santé	100% FR dans la limite des HLF	
Prothèses - Panier Maîtrisé (limité aux HLF)	250% BR	420% BR
Prothèses - Panier Libre	250% BR	420% BR
Inlays / Onlays - Panier Maîtrisé (limité aux HLF)	250% BR	350% BR
Inlays / Onlays - Panier Libre	250% BR	350% BR
Prothèses dentaires non remboursées SS	161,25€ / acte	268,75€ / acte
Orthodontie acceptée SS / semestre	280% BR	420% BR
Orthodontie refusée SS / semestre	200% BR reconstituée	420% BR reconstituée
Parodontologie non remboursé SS (/an/bénéficiaire)	100 €	200 €
Implants dentaires	500€ / implant max 3 implants par an / bénéficiaire	1000€ / implant max 3 implants par an / bénéficiaire
PROTHESES NON DENTAIRES		
Aides auditives - 100% Santé (**)	100% FR dans la limite des PLV	
Aides auditives - Libre (limité à 1 700€/yc RSS) (**)	200% BR (= 800€)	325% BR (= 1300€)
Accessoires des aides auditives	200% BR	250% BR
Autres prothèses remboursées SS	150% BR	250% BR
Orthopédie et autres prothèses appareillages prescrits et non remboursés SS (Ex: Semelles/Talonnettes/appareillages non remboursés)	100€ / an / bénéficiaire	300€ / an / bénéficiaire
OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE, ETIOPATHIE, ACUPUNCTURE, NUTRITIONNISTE, DIÉTÉTICIENNE, PÉDICURE-PODOLOGUE, SOPHROLOGIE, HYPNOSE non pris en charge par SS	55 € / séance et limité à 4 / an	55 € / séance et limité à 6 / an
PSYCHOLOGUE non pris en charge par SS	50 € / séance et limité à 4 / an	60 € / séance et limité à 6 / an
CURE THERMALE acceptée SS (/an/bénéficiaire)	395 €	590 €
ACTES DE PREVENTION		
	100% BR	100% BR
Forfait naissance ou adoption/ enfant, doublé en cas de naissance gémellaire	200 €	600 €

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale (SS) ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale ; TM : Ticket modérateur ; HLF : Honoraire limite de facturation ; PLV : Prix limite de vente

(*) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(**) Période de renouvellement des aides auditives : un appareil tous les 4 ans/oreille

Régime frais de santé "grille optique"

Grille Optique - Verres du panier tarif libre (classe B) - Garantie par verre

Type de verres	Les garanties exprimées incluent le remboursement de la Sécurité sociale (RSS) et dans la limite des frais réels	
	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION + SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE
Verres unifocal sphérique		
Verre simple - SPH de -6 à +6	75 €	106 €
Verre complexe - SPH hors zone [-6,00 ; +6,00]	114 €	157 €
Verres unifocal, sphéro-cylindriques		
Verre simple - SPH [-6,00 ; 0] ; CYL <= +4,00	87 €	118 €
Verre simple - SPH > 0 ; S (SPH + CYL) <= +6,00	87 €	118 €
Verre complexe - SPH > 0 ; S (SPH + CYL) > +6,00	126 €	165 €
Verre complexe - SPH [-6,00 ; 0] ; CYL >= +4,00	126 €	165 €
Verre complexe - SPH < -6,00 ; CYL >= 0,25	138 €	189 €
Verres multifocal ou progressif sphérique		
Verre complexe - SPH [-4,00 ; +4,00]	157 €	212 €
Verre très complexe - SPH hors zone [-4,00 ; +4,00]	177 €	240 €
Verres multifocal ou progressif sphéro-cylindrique		
Verre complexe - SPH [-8,00 ; 0] ; CYL <= +4,00	197 €	263 €
Verre complexe - SPH > 0 ; S (SPH + CYL) <= +8,00	197 €	263 €
Verre très complexe - SPH [-8,00 ; 0] ; CYL > +4,00	212 €	291 €
Verre très complexe - SPH < -8,00 ; CYL >= 0,25	212 €	291 €
Verre très complexe - SPH > 0 ; S (SPH + CYL) > +8,00	212 €	291 €

L'article 11.6 intitulé « Financement » est modifié comme suit :

L'article 11.6.1 intitulé « Structure de la cotisation » est inchangé.

L'article 11.6.2 intitulé « Montant et répartition des cotisations » est modifié comme suit :

« Le montant de la cotisation globale pour les garanties instaurées au sein du 11.6.2 "Le montant et la répartition des cotisations" est fixé dans les tableaux ci-dessous à effet du 1^{er} janvier 2026 :

Régime général

Régime général	Isolé ^[1]	Famille ^[2] (salarié avec ayants droit affiliés à titre obligatoire)	Conjoint affilié à titre facultatif ^[3]
Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	2,058 %	3,840 %	2,243 %
Option en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,690 %	1,087 %	0,834 %

(*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.
 [1] Salarié « isolé » : salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps, sans enfant à charge.
 [2] Salarié « famille » : salarié ayant un ou des enfant(s) à charge et/ou un conjoint (concubin ou pacsé) dont le revenu annuel est inférieur à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale.
 [3] Conjoint (concubin ou pacsé) affilié à titre facultatif dont le revenu annuel brut est supérieur ou égal à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

Régime Alsace Moselle

Régime Alsace Moselle	Isolé ^[1]	Famille ^[2] (salarié avec ayants droit affiliés à titre obligatoire)	Conjoint affilié à titre facultatif ^[3]
Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	1,272 %	2,420 %	1,385 %
Option en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,617 %	0,953 %	0,688 %

(*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.
 [1] Salarié « isolé » : salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps, sans enfant à charge.
 [2] Salarié « famille » : salarié ayant un ou des enfant(s) à charge et/ou un conjoint (concubin ou pacsé) dont le revenu annuel est inférieur à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale.
 [3] Conjoint (concubin ou pacsé) affilié à titre facultatif dont le revenu annuel brut est supérieur ou égal à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

La répartition de la cotisation se fera de la façon suivante :

- la cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur pour le régime socle de base obligatoire uniquement ;
- la cotisation « famille » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur pour le régime socle de base obligatoire uniquement.

L'option peut être souscrite facultativement par le salarié (option facultative) ou obligatoirement par une structure (option obligatoire). Le financement de ces cotisations est négocié au sein de chaque structure.

Toutefois, dans le cas où la structure décide de souscrire obligatoirement à l'option, l'employeur doit participer pour au moins 50 % du financement de l'option obligatoire. »

L'article 11.7 « Organisme recommandé » est inchangé.

L'article 11.8 intitulé « Information individuelle » est inchangé.

L'article 11.9 intitulé « Degré élevé de solidarité » est modifié comme suit :

« Article 11.9 | *Degré élevé de solidarité*

Par le présent accord les partenaires sociaux ont la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif responsable et solidaire. La commission paritaire nationale de prévoyance et santé a décidé de constituer un fonds d'actions sociales spécifiquement dédié à la branche et géré par l'organisme d'assurance recommandé pour les structures qui sont assurées par ce dernier. Le financement annuel de ce fonds est assuré par une part égale à 2 % des cotisations versées au titre de l'année. Les structures qui sont assurées par un autre organisme assureur que celui qui est recommandé sont soumises aux mêmes obligations, notamment de financement d'un fonds d'actions sociales géré par leur organisme assureur. Ce financement permet de subventionner la mise en place d'une politique de prévention et d'accompagnement répondant à des exigences sociales, solidaires et de prévention au bénéfice des salariés de la branche, conformément aux orientations, aux règles de fonctionnement et aux modalités d'attribution définies par la commission paritaire nationale de prévoyance et de santé dans la limite du montant disponible des fonds. La commission paritaire de prévoyance et de santé en assure annuellement le contrôle dans le cadre du rapport annuel de l'organisme assureur recommandé sur les comptes des régimes de branche et vérifie que la gestion est conforme aux orientations et aux modalités qu'elle a définies.

Conformément à ce que prévoit l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la branche des missions locales et PAIO souhaite que soient mises en place des prestations de solidarité, telles que celles définies à l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale :

- prise en charge, totale ou partielle, des cotisations de certains salariés, tels que définis dans le règlement du fonds de solidarité de la branche ;
- financement d'actions de prévention de santé publique ou de risques professionnels ;
- prise en charge de prestations d'action sociale à titre individuel et/ou à titre collectif. »

L'article 11.10 intitulé « Suivi du régime de complémentaire santé » est inchangé.

Article 3 | *Durée de l'accord*

L'accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 4 | Révision, dénonciation de l'accord

Le présent accord pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 5 | Extension de l'accord

Le présent accord est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour sa remise à chacune des organisations signataires et pour l'accomplissement des formalités administratives utiles.

Le présent avenant sera notifié, à l'initiative de la partie la plus diligente, à l'ensemble des organisations représentatives, et fera l'objet des formalités de publicité et dépôt, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les parties signataires conviennent, à l'initiative de la plus diligente, de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent accord en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Article 6 | Date d'effet de l'avenant

Le présent avenant prendra effet au 1^{er} janvier 2026.

Fait à Paris, le 16 septembre 2025.

(Suivent les signatures.)