

Brochure n° 3168

Convention collective nationale

IDCC : 1147. – **PERSONNEL
DES CABINETS MÉDICAUX**
(16^e édition. – Avril 2004)

AVENANT N° 41 DU 15 DÉCEMBRE 2004
RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

NOR : *ASET0550326M*

IDCC : *1147*

Entre :

La fédération des médecins de France (FMF) ;
La confédération des syndicats médicaux français (CSMF) ;
Le syndicat des médecins libéraux (SML),

D'une part, et

La fédération nouvelle des syndicats des services de santé et service sociaux CFDT ;

La fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et des services sociaux CFTC ;

La fédération des personnels des services publics et de santé FO ;

La fédération française santé et action sociale CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Objet

Le présent avenant a pour objet :

- d'aménager les garanties et de modifier le taux de cotisation ;
- de procéder à la désignation des organismes assureurs gestionnaires du régime conventionnel de prévoyance ;

- d'organiser en application des articles 7.1 et 30 de la loi Evin (n° 89-1009 du 31 décembre 1989), introduits par l'article 34 de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, le maintien de la garantie décès au profit des participants bénéficiant des prestations complémentaires d'incapacité de travail ou d'invalidité en cas de résiliation du contrat d'assurance.

C'est ainsi que sont modifiés l'article 43 de la convention collective et certaines des dispositions du cahier des charges, comme décrit ci-après.

Modification de l'article 43 de la convention collective

La mention : « 90 % de la rémunération brute » est remplacée par : « 100 % de la rémunération nette telle que définie à l'annexe I ».

Modifications de l'annexe I

I. – Généralités

Dans le sous-article « Définition du personnel à garantir », le dernier alinéa est supprimé.

Le sous-article « Prise d'effet de la garantie individuelle » s'intitule désormais : « Prise d'effet de la garantie du salarié ».

Le sous-article « Cessation de la garantie individuelle » s'intitule désormais : « Cessation de la garantie du salarié », en son sein, les 2 points suivants sont supprimés :

- « – à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par son employeur ;
- en cas de non paiement des cotisations ».

Dans le sous-article « Base du régime de prévoyance », un nouvel alinéa est inséré entre les 2^e et 3^e alinéas.

Ce nouvel alinéa stipule que :

« Pour les prestations exprimées en pourcentage du salaire net, la base des prestations est celle prévue à l'alinéa précédent déduction faite des charges fiscales et sociales.

Afin d'harmoniser leurs méthodes de calcul, les organismes assureurs désignés déduisent le même taux de charges sociales et fiscales, celui-ci correspond aux taux de charges moyen appliqué aux salaires de la profession.

Il est précisé que la CSG et la CRDS sont des impôts dus par le salarié et ne peuvent pas être prises en charge par l'organisme de prévoyance ou l'employeur. »

Le sous-article « Maintien des garanties » est intégralement supprimé.

II. – Prestations périodiques en cas d'incapacité du travail

Le titre de cet article est ainsi complété : « ... et d'invalidité ».

Le 1^{er} alinéa du sous-article : « Le montant des prestations » est totalement modifié, il est désormais composé des termes suivants :

- « – le montant des prestations servies par l'organisme de prévoyance doit permettre au salarié de percevoir un revenu de remplacement correspondant à 100 % de son salaire net après déduction des prestations brutes de la sécurité sociale et des rémunérations versées ou maintenues par l'employeur.

Les salariés à temps partiel ayant un an d'ancienneté, y compris ceux ne remplissant pas, du fait de cet horaire, les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de sécurité sociale bénéficient de la présente garantie. Dans ce cas, le montant de la prestation versée par l'organisme de prévoyance sera celui prévu à l'alinéa précédent, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la sécurité sociale si celle-ci était intervenue et des rémunérations versées ou maintenues par l'employeur. »

Les 2^e et 3^e alinéas sont supprimés.

Au *b* « Cas du salarié reconnu invalide au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles postérieurement à sa date d'affiliation » du sous-article « Montant des prestations » :

La mention : « 90 % du traitement de base et la prestation de la sécurité sociale » est remplacée par : « 100 % du salaire net de base et la prestation brute de la sécurité sociale ».

Le sous-article « Revalorisations » est totalement modifié, il est désormais composé des termes suivants :

« Pendant toute la durée de l'adhésion au contrat d'assurance de l'employeur, les prestations en cours de service doivent être revalorisées chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO au cours de l'exercice précédent.

En cas de résiliation ou non renouvellement du contrat d'assurance, les prestations cessent d'être revalorisées par l'organisme assureur quitté et sont maintenues au niveau atteint à la date de résiliation. Le nouvel organisme assureur auquel adhère l'employeur devra assumer les revalorisations futures. »

III. – Garanties en cas de décès

Les capitaux fixés au sous-titre « Montant du capital en cas de décès » sont ainsi modifiés :

- « – assuré célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge (1) : 100 % ;
- assuré marié ou vivant en concubinage (2) sans personne à charge : 150 % ;
- majoration pour personne à charge : 30 %. »

Au (1) définissant les personnes à charge, la référence à « l'article 196 du code général des impôts » est remplacée par celle à « l'article L. 1411 III » du même code.

Le « *b*) maternité » est renommé « *b*) maternité-paternité ». Un alinéa supplémentaire est ajouté à ce point :

« Pendant la durée du congé légal de paternité, l'assuré reste couvert contre le risque décès sans contrepartie de cotisation. »

Dans le sous-article « Double effet », « 60 ans » est remplacé par : « 65 ans ».

Un sous-article est ajouté à la fin de l'article 3 :

« Maintien de la garantie décès

La garantie décès, telle que définie ci-dessus, est maintenue par l'organisme assureur, y compris en cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat d'assurance, aux participants en incapacité temporaire ou en invalidité et bénéficiant à ce titre de prestations complémentaires de la part de cet organisme assureur.

La garantie maintenue en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance est celle prévue à l'avenant n° 41 à la présente convention collective.

Le maintien de la garantie « décès » s'applique exclusivement aux prestations liées au décès du participant à l'exclusion de l'invalidité absolue et définitive.

En cas de sinistre, le montant de la prestation est déterminé en fonction de la base des prestations calculée au premier jour de l'arrêt de travail. Cette base est revalorisée chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du point ARRCO au cours de l'exercice précédent. Cette revalorisation cesse à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat d'assurance.

La garantie décès, telle que précisée ci-dessus, est maintenue tant que le participant bénéficie des prestations complémentaires (incapacité ou invalidité) de l'organisme assureur.

Si l'employeur a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le décès des salariés pour souscrire les garanties décès décrites ci-dessus auprès de l'un des organismes assureurs désignés, les prestations en cas de décès sont versées, par le nouvel assureur, sous déduction de celles dues par le précédent organisme assureur, au titre du maintien de la garantie décès en cas de résiliation du contrat dudit organisme.

Les cabinets médicaux, qui étaient déjà adhérents auprès d'un des organismes assureurs désignés ci-après, et pour lesquels, en application des articles 7.1 et 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, leur a été adressé à effet du 1^{er} janvier 2002 un avenant portant sur le maintien de la garantie décès et la répartition sur une période transitoire de 10 ans de la charge que représente le provisionnement, continueront à se voir appliquer les dispositions de cet avenant.

Les cabinets médicaux, qui étaient adhérents auprès d'un autre organisme assureur, et pour lesquels, en application des articles 7-1 et 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, leur a été adressé à effet du 1^{er} janvier 2002 un avenant portant sur le maintien de la garantie décès et la répartition sur une période transitoire de 10 ans de la charge que représente le provisionnement, pourront en cas de demande d'adhésion auprès d'un des organismes assureurs désignés ci-après, demander à celui-ci la reprise intégrale des engagements relatifs au maintien de cette garantie décès. Si l'organisme assureur désigné accepte cette demande, l'assureur quitté lui transfère les provisions effectivement constituées au titre de ce maintien. »

IV. – Prestations de rente éducation

Le sous-titre « Revalorisation de la rente » est totalement modifié et devient :

« La rente est revalorisée en fonction d'un coefficient déterminé par l'OCIRP et dans les conditions prévues aux règlements de cette union. »

Le maintien de la garantie « rente éducation » est organisé dans les conditions fixées aux règlements de l'OCIRP.

V. – Cotisations

Cet article est totalement modifié et devient :

« Le taux de cotisation est fixé à hauteur de 2 % de la base de calcul à compter du 1^{er} janvier 2005, ce taux intègre la cotisation de 0,09 % affectée à la couverture de la garantie rente éducation par l'OCIRP.

Ce taux de 2 % sera porté à 2,05 % à compter du 1^{er} juillet 2005, ce taux intègre la cotisation de 0,09 % affectée à la couverture de la garantie rente éducation par l'OCIRP.

Les cotisations sont financées à hauteur de 60 % par les employeurs et de 40 % par les salariés. »

VI. – Gestion du régime de prévoyance conventionnel

Ce nouvel article annule et remplace l'article « VI. – Commission de contrôle et de gestion », il stipule que :

« La gestion du régime de prévoyance défini par l'annexe I de la convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux modifiée en dernier lieu par le présent avenant est mise en œuvre dans les conditions ci-après.

VI-1. – Désignation des organismes assureurs

Les parties signataires décident de confier à compter du 1^{er} janvier 2005 la gestion du régime conventionnel de prévoyance aux organismes assureurs gestionnaires, institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale désignées ci-après :

- Vauban-Prévoyance (8, boulevard Vauban, 59000 Lille) ;
- AG2R-Prévoyance (35, boulevard Brune, 75014 Paris) ;
- Prado-Prévoyance (485, avenue du Prado, 13008 Marseille) ;
- Cipra Capicaf-Prévoyance (47, avenue Marie-Reynoard, 38100 Grenoble) ;
- APSO (44, rue Bayard, 31000 Toulouse) ;
- Uniprévoyance (10, rue Massue, 94307 Vincennes Cedex).

Les organismes ci-dessus dénommés sont adhérents de l'OCIRP (organisme commun des institutions de rente et de prévoyance), union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dont le siège social est situé 10, rue Cambacérès, 75008 Paris, qui assure la garantie « rente éducation ».

Les organismes assureurs codésignés s'organisent pour la mutualisation du régime, y compris en ce qui concerne les risques en cours. Cette mutualisation s'opère par la réassurance, pour une quote-part de 100 %, des risques couverts par les organismes assureurs désignés, auprès d'un d'entre eux qu'ils auront préalablement désigné. Cet organisme est l'apériteur de la collectivité des assureurs désignés et est chargé de la présentation annuelle des comptes mutualisés à la commission de contrôle et de gestion décrite ci-dessous.

VI-2. – Obligation d'adhérer aux organismes assureurs désignés

Les cabinets médicaux relevant de la convention collective nationale, non encore signataires d'un contrat d'assurance contre les risques définis à la présente annexe au 31 décembre 2004, sont tenus d'adhérer à compter du 1^{er} janvier 2005 à l'un ou l'autre des organismes assureurs ci-dessus dénommés.

A titre d'exception, les cabinets médicaux couverts, avant le 1^{er} janvier 2005, par un contrat d'assurance aux garanties et aux taux de cotisations équivalents à ceux prévus par la présente annexe, peuvent conserver leur adhésion auprès de leur assureur actuel. Si le contrat d'assurance qu'ils ont souscrit est résilié après le 1^{er} janvier 2005, ils sont tenus d'adhérer à l'un ou l'autre des organismes assureurs désignés.

VI-3. – Reprise des encours

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les entreprises qui demanderont à adhérer à un des organismes assureurs désignés, alors qu'un ou plusieurs de leurs salariés ou anciens salariés sont en arrêt de travail à la date d'effet de leur adhésion, devront déclarer ces « encours » auprès de cet organisme au moment de cette demande, et ce, afin d'assurer, selon le cas :

- soit le versement immédiat des indemnités journalières, rentes d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle en faveur des salariés en incapacité de travail ou en invalidité dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédent. Cette indemnisation se fera sur la base des garanties prévues par la présente annexe suite à la conclusion de l'avenant n° 41 à la présente convention collective ;
- soit les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rentes d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle, rente d'éducation, en cours de service par l'organisme assureur quitté ;
- ainsi que l'éventuelle prise en charge du maintien des garanties décès en cas de changement d'organisme d'assureur dans les conditions prévues au dernier alinéa du sous-article « Maintien de la garantie décès » de l'article 3.

Les organismes assureurs désignés ci-dessus calculeront la surcotisation éventuellement nécessaire à la constitution des provisions correspondantes. Cette surcotisation sera mise en œuvre, si elle s'avère nécessaire, à l'issue d'une période d'observation de 1 an, et sera mutualisée au niveau de l'ensemble de la profession par un avenant à la présente annexe I qui en constatera le coût et fixera sa répartition entre employeurs et salariés.

VI-4. – Commission de contrôle et de gestion

1. Fonctionnement

Une commission de contrôle et de gestion est créée à l'initiative des partenaires sociaux.

Chaque réunion comprendra des délégués des partenaires sociaux. La représentation des partenaires sociaux sera assumée, d'une part, par un délégué désigné par chacune des organisations syndicales de salariés signataires

et, d'autre part, par un nombre égal de délégués des organisations patronales signataires de la convention. Chacun de ces délégués pourra se faire assister par un conseiller technique. Les organismes de prévoyance désignés siègent à la commission avec voix consultative.

Les membres de la commission de contrôle et de gestion représentant les organisations signataires sont révocables à tout moment par leur organisation. Ils sont renouvelables tous les ans, et les membres sortant peuvent être désignés à nouveau.

La commission de contrôle et de gestion se réunit au moins une fois par an, avant le 15 octobre, et à la demande d'une des parties signataires de la convention dans les quarante-cinq jours qui suivent la demande.

La demande de réunion devra être accompagnée d'un rapport écrit concernant la cause de cette demande.

La commission est présidée alternativement par un délégué patronal et par un délégué salarié.

2. Rôle

La commission de contrôle et de gestion sera chargée de suivre et de contrôler l'application du régime de prévoyance et de l'adapter aux modifications législatives ou réglementaires pouvant intervenir.

Elle s'engage avec les organismes assureurs désignés à aménager le régime de prévoyance en cas de déséquilibre technique.

En outre, la commission s'engage à intégrer dans les résultats du régime, l'impact de la charge liée à la reprise des encours telle que définie à l'article 6-3 et à définir par voie d'avenant les modalités de son paiement et de sa répartition entre employeur et salarié.

En cas de dénonciation du présent accord par les partenaires sociaux, une indemnité de résiliation correspondant au montant de la provision restant à constituer pour assurer le service des engagements par les organismes assureurs désignés sera due par les entreprises.

Les organismes de prévoyance désignés s'engagent à donner, périodiquement et au moins une fois par an, avant le 1^{er} octobre, à cette commission, un compte rendu sur l'évolution du régime, sur ses résultats, le cas échéant sur les problèmes particuliers qu'il soulève, et, d'une manière générale, à fournir tout renseignement sur ses conditions d'application demandé par les partenaires sociaux.

6.5. Réexamen

Conformément à l'article L.912-1, 1^{er} alinéa, du code de la sécurité sociale, les parties signataires réexamineront dans 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2005, les conditions et modalités de la désignation des organismes assureurs et de la mutualisation du régime.

A cette fin, la commission de contrôle et de gestion se réunira spécialement au plus tard 6 mois avant l'échéance pour examiner les comptes du régime, les modalités de gestion opérée par chacun des organismes assureurs et reconduire s'il y a lieu tout ou partie des désignations effectuées. »

Le reste de la convention collective et de son annexe I n'est pas autrement modifié.

Date d'effet

Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2005.

Les événements incapacité de travail, invalidité, décès, invalidité absolue et définitive dont le fait générateur se situe à compter de cette date seront indemnisés sur les bases ci-avant décrites. On entend par fait générateur :

- pour l'incapacité de travail : le certificat d'arrêt de travail ;
- pour l'invalidité : la date d'effet de la notification par la sécurité sociale de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle ;
- pour le décès : la date du décès constatée par l'autorité médicale.

Dépôt. – Publicité. – Extension

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la direction départementale du travail et de l'emploi ainsi qu'au secrétariat du greffe du conseil des prud'hommes en un nombre suffisant d'exemplaires.

Les signataires en demandent l'extension et ce en application de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

(Suivent les signatures.)