

Accord professionnel national

**ASSOCIATIONS D'ÉDUCATION POPULAIRE
CULTURELLES ET SOCIO-ÉDUCATIVES**

(4 octobre 1982)

AVENANT N° 29 DU 1^{ER} DÉCEMBRE 2005

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET0650470M

Entre :

L'union des foyers de jeunes travailleurs et services (UFJT) ;
Les amitiés d'Armor,

D'une part, et

La fédération santé sociaux CFDT ;
La fédération des services CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant a pour objet :

- d'une part, l'intégration dans le régime de prévoyance de la convention des dispositions prévues par la réforme de l'assurance maladie née de la loi du 13 août 2004 ;
- d'autre part, la définition des modalités d'application des garanties de prévoyance et frais de santé prévues par la convention collective visée par le présent avenant.

Article 2

Principes posés par la réforme de l'assurance maladie

Afin de continuer à bénéficier de l'ensemble des avantages liés aux contrats collectifs à adhésion obligatoire, les signataires de la présente

convention conviennent de mettre en conformité le régime de prévoyance couvrant les frais de santé. Pour cela, il est nécessaire de cumuler le respect des conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, reprises par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 (*JO* du 30 septembre 2005) pour les contrats dits « responsables » et la règle de la non-prise en charge d'une participation forfaitaire de l'assuré social.

L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et le décret du 29 septembre 2005 s'appliquent donc à compter du 1^{er} janvier 2006.

Dans ce cadre, et sous respect des dispositions concernant les régimes collectifs obligatoires prévus à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le régime de prévoyance permet de bénéficier de :

- l'exonération des charges sociales sur les cotisations, pour l'employeur ;
- la déductibilité des cotisations du revenu imposable, pour le salarié ;
- l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance.

Au sens de l'article 57 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, un contrat responsable devra respecter un cahier des charges qui sera connu et applicable dans son intégralité à compter du 1^{er} janvier 2006 : au jour de la signature de cet avenant, la loi et les décrets déjà parus imposent, d'une part, des interdictions de prise en charge et, d'autre part, des obligations de prise en charge dans le cadre du parcours de soins.

Les interdictions de prise en charge :

A effet du 1^{er} janvier 2005 :

La sécurité sociale baisse son remboursement du montant de la participation forfaitaire (1 € en 2005) pour tout acte médical. Cette participation ne doit pas être remboursée par le régime complémentaire « frais de santé ».

A effet du 1^{er} janvier 2006 :

La « majoration de reste » à charge de l'assuré hors du parcours de soins, décidée par la sécurité sociale, et visée à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ne pourra pas être remboursée par le régime complémentaire « frais de santé » :

- absence totale de prise en charge de la majoration du ticket modérateur lorsque le participant ne désigne pas de médecin traitant avant le 1^{er} juillet 2005 et/ou ne passe pas par lui. Le montant de cette majoration a été fixé par décret en date du 3 novembre 2005, dans une fourchette de 7,5 % à 12,5 % de la base de remboursement ;
- absence de prise en charge du dépassement d'honoraires autorisé en cas de non-respect du parcours de soins sur les actes cliniques et techniques. Ce dépassement est limité au dépassement maximum sur les actes cliniques fixés à ce jour à 17,5 % de la base de remboursement de la consultation médicale.

Il n'existe, pour l'instant, aucun avenant à cette convention collective relatif à la prise en charge du dépassement d'honoraires.

A effet 2007 :

La « majoration de reste » à charge de l'assuré pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ne pourra pas être rem-

boursée par le régime complémentaire « frais de santé » : absence totale de prise en charge de la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré refuse l'accès à son dossier médical personnel (à effet du 1^{er} juillet 2007).

Les obligations de prise en charge dans le parcours de soins :

Dans le cadre des consultations et prescriptions du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci, les contrats responsables doivent respecter les obligations suivantes :

- prise en charge de 30 % du tarif opposable des consultations (tarif de base et majorations remboursables) qui s'ajoutent aux 70 % remboursés actuellement par la sécurité sociale ;
- prise en charge de 30 % des prescriptions de médicament du médecin traitant sur les vignettes blanches qui s'ajoutent aux 65 % actuellement remboursés par la sécurité sociale ;
- prise en charge de 35 % du tarif de base des frais d'analyse ou de laboratoire qui s'ajoute aux 60 à 70 % remboursés actuellement par la sécurité sociale (plafonné à 100 %) ;
- prise en charge totale du ticket modérateur pour au moins 2 prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique. La liste de ces prestations doit être fixée par arrêté non encore publié à ce jour (disposition à effet au 1^{er} juillet 2006).

Ces décrets à paraître viendront préciser différents éléments du contrat responsable. Le régime complémentaire « frais de santé » de la présente convention sera donc adapté systématiquement afin de respecter ce cadre légal et permettre de bénéficier des avantages précédemment listés.

Article 3

Modification du remboursement des prestations en nature

Compte tenu des dispositions mentionnées à l'article 2 du présent avenant, l'article 15 de la convention collective sur le régime de prévoyance est remplacé par le texte suivant, compte tenu de la suppression du paragraphe concernant les régimes facultatifs « améliorés » :

Article 15

Remboursement des prestations dites en nature

A. – Régime obligatoire

Les bénéficiaires du présent régime de prévoyance ont droit au remboursement du ticket modérateur conventionnel calculé à partir des bordereaux de décompte délivrés par les caisses primaires d'assurances maladie (CPAM).

A la garantie « ticket modérateur », en cas d'hospitalisation, il faut ajouter :

- le remboursement du forfait hospitalier journalier ;
- le remboursement du lit accompagnant un enfant de moins de 15 ans sur prescription médicale ;
- le remboursement du dépassement « chambre particulière » jusqu'à 1,3 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), soit 32,71 € au 1^{er} janvier 2005.

Cette garantie comprend également les frais de cures thermales, à l'exclusion des frais de voyage et d'hébergement.

La présente garantie est de nature familiale, en ce sens qu'elle bénéficie à l'ensemble des salariés et de leur famille (conjoint ou concubin et enfants à charge même si le conjoint ou concubin n'est pas salarié du même employeur).

B. – Régime facultatif : extension des garanties « optique » et « prothèses dentaires »

Optique : sur présentation de la facture du praticien, au remboursement prévu par la présente convention collective, s'ajoute un forfait de 5 % du plafond de la sécurité sociale une fois par année civile et par membre de la famille couvert au titre du régime de prévoyance.

Soins et prothèses dentaires : sur présentation de la facture du praticien, le remboursement prévu par l'article 15 de la présente convention collective est porté à 300 % des remboursements de la sécurité sociale.

Article 4

Modification des taux de cotisation

Compte tenu des dispositions mentionnées à l'article 2 du présent avenant, les taux de cotisation prévus à l'article 18.2 a de la convention collective pour la garantie « remboursement des prestations en nature » sont modifiés comme suit :

- la part de cotisation à la charge du salarié est égale à 0,72 % du salaire mensuel brut, rectifié le cas échéant. Elle est prélevée chaque mois par l'employeur sur la feuille de paie ;
- la part de cotisation à la charge de l'employeur est égale à 1,06 % de la masse des salaires bruts mensuels de l'ensemble des salariés, rectifiés le cas échéant.

Par ailleurs, compte tenu de l'intégration dans le régime minimum obligatoire des niveaux de prestation des régimes facultatifs « améliorés », prévus à l'ancien article 15 b de la convention collective, le paragraphe 4 de l'article 18 « Cotisation facultative régime amélioré » est supprimé.

Le paragraphe 5 de l'article 18 « Cotisation facultative optique et prothèses dentaires » devient paragraphe 4.

Article 5

Modalités d'application obligatoire des garanties prévues par le régime de prévoyance du 24 avril 2000

Toute résiliation demandée par une association sur l'une ou l'autre des garanties aura pour incidence de sortir cette association du présent régime de prévoyance et du système de compensation visé au 1^{er} alinéa de l'article 20 de la convention collective. Elle pourra, dans ce cas, adhérer à un régime de prévoyance qui lui sera proposé par l'organisme gestionnaire prévu à l'article 4 de la convention collective.

Article 6

Date d'effet

Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2006.

Article 7

Dénonciation et révision

La dénonciation et la révision des cotisations prévues au présent avenant s'effectuent conformément à l'article 18 *c* de la convention collective.

Article 8

Dépôt légal

Le présent avenant sera déposé, dans les formes légales, auprès de la direction départementale du travail et de l'emploi et du conseil des prud'hommes, pour la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 1^{er} décembre 2005.

(Suivent les signatures.)