

Brochure n° 3159-1000

Convention collective nationale

IDCC : 2596. – **COIFFURE
ET PROFESSIONS CONNEXES**

AVENANT N° 4 DU 10 JUILLET 2006

RELATIF AUX SOINS SANTÉ

NOR : *ASET0651004M*

IDCC : *2596*

Entre :

La fédération nationale de la coiffure française ;

Le conseil national des entreprises de coiffure (CNEC),

D'une part, et

La fédération des services CFDT ;

La fédération nationale de l'encadrement, du commerce et des services
CFE-CGC ;

La fédération nationale de la coiffure FO ;

La fédération commerces, services et forces de vente (CSFV) CFTC ;

La fédération du commerce et des services CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les parties signataires du présent avenant entendent améliorer, en tenant compte de l'expérience acquise, les garanties collectives du régime complémentaire frais de santé des salariés de la profession, en mettant en œuvre les dispositions décrites ci-après, qui se substituent intégralement à la date d'effet du présent avenant, à celles instituées par l'annexe I de l'avenant n° 47 du 27 septembre 1999 (modifié par avenant n° 48 du 26 octobre 1999, par avenant n° 50 du 29 septembre 2000, par avenant n° 62 du 24 juin 2002, par avenant n° 3 du 18 mars 2005 et par avenant n° 7 du 13 décembre 2005).

Le régime « soins santé » répond aux 3 objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui, d'une part, permet de palier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire, et, d'autre part, garantit l'accès aux garanties collectives, sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé ;
- la solidarité entre l'ensemble des entreprises et les salariés de la profession sous la forme, notamment, du développement au sein du régime d'un fonds d'action sociale ;
- la proximité par la gestion administrative du régime proche des salariés, grâce à l'intervention de mutuelles implantées régionalement.

Par ailleurs, le présent avenant intègre les dispositions découlant de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 fixant le cadre dans lequel les contrats d'assurance maladie complémentaire seront qualifiés de « responsables ».

Conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 :

Le régime « soins de santé » institué par cet avenant ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 7 €, valeur novembre 2005) ;
- la participation forfaitaire de 1 €.

Le régime « soins de santé » institué par cet avenant prendra en charge la participation de l'assuré pour les 2 prestations prévues par arrêté du 8 juin 2006 au II de l'article R 871-2 du code de la sécurité sociale, et indiquée ci-dessous.

Les 2 préventions retenues par les partenaires sociaux sont les suivantes :

- n° 2 : un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC 12) ;
- n° 7 : les vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; coqueluche : avant 14 ans ; hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Les partenaires sociaux, signataires du présent avenant, conviennent de faire un bilan au plus tard dans 12 mois d'application de celui-ci. Ce bilan portera, notamment, sur l'impact de la réforme de la sécurité sociale, ainsi que de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

sur le régime de soins de santé. A partir de ce bilan, une réflexion s'engagera sur les possibilités d'amélioration du régime en fonction des données d'analyse de la consommation médicale fournies par l'UNPMF.

Article 1^{er}

Champ d'application

Bénéficiaire du régime « soins santé », les salariés des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de la coiffure du 10 juillet 2006.

Article 2

Bénéficiaires du régime

L'adhésion des entreprises de coiffure au régime professionnel et l'affiliation des salariés ont un caractère obligatoire et résultent du présent avenant.

Les entreprises sont tenues de régulariser administrativement l'adhésion des salariés auprès de la mutuelle désignée correspondant à l'implantation de son siège social, mentionnés à l'article 16, par la signature d'un bulletin d'adhésion spécifique.

Les entreprises deviennent membres honoraires de la mutuelle et les personnes physiques visées au présent article deviennent membres participants. Leur représentation à l'assemblée générale de la mutuelle s'effectue conformément à l'article L. 114-6 du code de la mutualité.

Ce régime s'applique à l'ensemble des salariés sous contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée (ainsi que les apprentis), affiliés en leur nom propre au régime général de sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle de sécurité sociale.

En outre, le régime bénéficie aux personnes définies ci-après :

- le conjoint du salarié, à condition qu'il bénéficie des prestations en nature de la sécurité sociale au titre d'ayant droit du salarié ;
- les enfants du salarié à sa charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale, en qualité d'ayants droit du salarié ;
- toute personne vivant sous le même toit que le salarié et qui bénéficie des prestations en nature de la sécurité sociale au titre d'ayant droit du salarié.

La notion de conjoint vise les personnes civilement mariées, celles ayant contracté un pacte civil de solidarité ou encore celles vivant en concubinage au sens de l'article L. 515-8 du code civil.

Article 3

Gestion des assurés

Sauf exception visée par la loi (art. 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989), le fait, pour un salarié, de sortir du champ d'application du présent chapitre met fin au droit aux garanties pour lui-même et ses ayants droit.

S'agissant de l'adhésion du conjoint cotisant à titre volontaire, ce dernier peut mettre fin isolément au bénéfice de la garantie à l'échéance annuelle et sous réserve d'un préavis de 2 mois, et ne peut plus, dans ce cas, bénéficier du contrat.

Les dispositions afférentes aux relations entre les adhérents à titre volontaire et la mutuelle sont régies par les dispositions du code de la mutualité relatives aux opérations individuelles et par ses statuts.

Tout changement affectant la situation de famille de l'assuré (mariage, décès, naissance, etc.) doit être porté, par l'assuré, à la connaissance de la mutuelle dans les 3 mois suivant l'événement (et 30 jours pour l'adoption ou la naissance d'un enfant).

Article 4

Garanties

Le régime garantit le remboursement des frais, énumérés dans les tableaux I et II figurant à l'annexe I du présent avenant, exposés, notamment, pour le traitement de la maladie ou de l'accident pour lesquels la date des soins se situe postérieurement à la date d'adhésion de l'entreprise ou du salarié et ayant entraîné le remboursement de la sécurité sociale (régime général de sécurité sociale ou régime local d'Alsace-Moselle).

Ces garanties respectent la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 fixant le cadre des contrats d'assurance maladie complémentaire « responsables ».

Les frais médico-chirurgicaux mentionnés dans les tableaux sont ceux reconnus comme tels par le régime général de la sécurité sociale. Sont exclues les dépenses de santé non prises en charge par la sécurité sociale, à moins qu'elles ne soient expressément stipulées dans les tableaux de garanties I et II.

Les conjoints assurés sociaux, qui ne sont pas à la charge du salarié, au sens de l'article L. 313-3 (1°) du code de la sécurité sociale, qui souhaitent bénéficier du régime, relèveront de la garantie complémentaire santé afférente à leur régime obligatoire : c'est-à-dire du régime local Alsace-Moselle (tableau II) s'ils relèvent de ce régime ou du régime général (tableau I) dans tous les autres cas.

Le conjoint TNS peut bénéficier du régime dans les conditions de l'assuré salarié affilié au régime général de la sécurité sociale.

Lorsque deux conjoints bénéficient du présent avenant, chacun peut prétendre pour lui-même, son conjoint et ses enfants à charge à un complément de remboursement dans la limite des frais réels engagés.

Il est par ailleurs précisé que les mutuelles pourront proposer des garanties facultatives supplémentaires dans les conditions prévues au contrat de garanties collectives ci-après annexé.

Article 5

Règlement des prestations

Les mutuelles procèdent au versement des prestations, au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie, ou encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux assurés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Article 6

Suspension de la garantie

La garantie est suspendue de plein droit dès lors que le contrat de travail est lui-même suspendu pour une période supérieure à 1 mois, et ce dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé à l'article L. 122-32-17 et suivants du code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L. 122-32-12 et suivants du code du travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L. 122-28-1 du code du travail.

Les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant cette période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent accord.

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, dont l'employeur informe la mutuelle, dans les 3 mois suivant la reprise. A défaut d'information dans ce délai, la garantie est due par la mutuelle dans la mesure où l'affiliation, résultant du présent avenant, est de plein droit. En revanche, une action en paiement des cotisations sera menée par la mutuelle.

Les salariés visés par le présent article peuvent bénéficier du régime d'accueil.

Article 7

Cotisations : assiette et taux

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS).

1. Pour les salariés des entreprises de coiffure (hors apprentis et contrats de professionnalisation) :

La cotisation familiale annuelle, au sens de la sécurité sociale, est fixée à 1,38 % du PASS. Elle est répartie comme suit :

- a) Employeur : 60 % ;
- b) Salarié : 40 %.

2. Pour les conjoints d'un salarié bénéficiaire du régime au titre d'actif ou au titre du régime d'accueil, eux-mêmes assurés sociaux et n'apparaissant pas comme ayant droit (au regard de la sécurité sociale) du salarié, la cotisation annuelle (par personne) est fixée à 0,98 % du PASS.

3. Pour les salariés sous contrat d'apprentissage ou contrats de professionnalisation :

La cotisation familiale annuelle, au sens de la sécurité sociale, est fixée à 1 % du PASS. Elle est répartie comme suit :

a) Employeur : 60 % ;

b) Salarié : 40 %.

4. Pour les bénéficiaires du régime d'accueil :

a) Pour les anciens salariés du secteur de la coiffure licenciés et percevant des prestations Assedic, les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, ayant dans les 2 cas cotisé au titre d'actif, ainsi que les ayants droit des salariés décédés et les personnes dont le contrat de travail est suspendu, la cotisation annuelle familiale est fixée à 1,76 % du PASS.

b) Pour les anciens salariés de la profession, retraités ou préretraités et leur conjoint, ayant cotisé soit à titre d'actif, soit au titre du régime d'accueil, la cotisation par adulte est fixée à 1,88 % du PASS. Leurs éventuels enfants à charge seront assurés sans contrepartie de cotisation.

Article 8

Revalorisation de la cotisation

Les taux de cotisations visées à l'article 7 seront maintenus jusqu'au 31 décembre 2008.

Au-delà de cette date et dans l'hypothèse où l'évolution de l'indice CMT (consommation médicale totale) ne serait pas comparable à l'évolution du PASS, le taux pourra être majoré dans la limite de 30 % de la valeur initiale de la cotisation, cette augmentation automatique étant alors établie proportionnellement au ratio CMT/PASS constaté sur l'exercice précédent.

En dehors du cas visé à l'alinéa précédent, toute modification du taux de cotisation proposée par les mutuelles devra faire l'objet d'une révision du présent avenant.

En application de l'article L. 221-6 du code de la mutualité, ces modifications feront l'objet d'une notice d'information établie par la mutuelle et remise par l'employeur aux salariés. Pour les adhésions volontaires, cette notice est remise directement par la mutuelle aux membres participants, en application des articles L. 221-4 et L. 221-5 du code de la mutualité.

Article 9

Paieement de la cotisation

Cotisations patronales et salariales :

Les cotisations sont, par principe, appelées à terme échu auprès de l'entreprise de coiffure ou de l'établissement par la mutuelle co-assureur dont elle relève.

Cotisations du conjoint assuré social non ayant droit du salarié au sens de la sécurité sociale ou de l'adhérent au régime d'accueil :

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme d'avance sur le compte bancaire ou postal de l'assuré.

Article 10

Non-paiement de la cotisation

Non-paiement des cotisations patronales et salariales lorsque l'adhésion résulte, à titre obligatoire, du présent avenant :

En application de l'article L. 221-8-III du code de la mutualité, la mutuelle peut appliquer, à défaut du paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuivre en justice l'exécution du contrat afin d'obtenir, éventuellement, des dommages et intérêts.

En tout état de cause, les salariés de l'entreprise ou l'établissement considéré restent affiliés au régime et continuent à bénéficier des garanties, lesquelles sont financées par l'ensemble des entreprises cotisantes.

Non-paiement des cotisations du conjoint assuré social non ayant droit du salarié au sens de la sécurité sociale ou de l'adhérent au régime d'accueil :

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Article 11

Conditions du droit aux prestations

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximal de 6 mois, courant à partir de la date du décompte de la sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations. Au-delà de ce délai, conformément à l'article L. 221-16 (2°) du code de la mutualité, la mutuelle peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

La mutuelle peut, à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'entreprise, le salarié ou l'ayant-droit affilié, tant à l'occasion de l'adhésion et du versement des cotisations qu'à l'occasion de l'ouverture des droits à prestations.

En cas de fraude de l'affilié, la mutuelle peut décider de l'annulation des droits à prestations.

Article 12

Prescription

Toutes actions en réclamation des prestations auprès de l'organisme désigné se prescrivent par 2 ans.

Article 13

Subrogation

En application de l'article L. 224-9 du code de la mutualité, la mutuelle est subrogée, dans la limite des dépenses supportées, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants-droit contre les tiers responsables.

Article 14

Couverture maladie universelle

Les adhérents à la mutuelle au titre du présent avenant, susceptibles de bénéficier du panier de soins défini par la loi du 24 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU), pourront demander à leur mutuelle le différentiel des prestations.

Article 15

Fonds social et comité de gestion

Il est instauré, au sein du présent régime, un fonds social alimenté en ressources par un prélèvement sur les excédents du régime selon un mécanisme prévu dans un protocole d'accord technique signé avec les organismes assureurs. Ce fonds social sera géré par le comité de gestion. Les prestations de ce fonds seront définies par le comité de gestion visé ci-dessous.

Les prestations du fonds social viseront à attribuer des secours et aides financières, sous conditions de ressources, et à favoriser la prévention et l'éducation à la santé, et plus généralement à favoriser le bien être physique et moral des bénéficiaires du régime.

L'activité du présent régime est soumise au contrôle d'un organisme dénommé comité de gestion constitué entre les représentants des organisations de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national et signataires du présent accord.

Ce comité recevra une indemnité de 1 % des cotisations pour couvrir ses frais de fonctionnement. La répartition de cette indemnité sera effectuée par parts égales entre les signataires du présent avenant.

Article 16

Gestion du régime

1. Mutualisation et gestion

Au regard des objectifs visés en préambule, les signataires du présent avenant ont décidé d'adhérer aux mutuelles visées à l'annexe II du présent avenant qui organiseront la mutualisation des risques à travers une stricte co-assurance avec l'Union nationale de prévoyance de la mutualité française, ci-après dénommée UNPMF.

La co-assurance est répartie comme suit :

- 40 % pour l'UNPMF ;
- 60 % pour les mutuelles visées à l'annexe II du présent avenant.

Les mutuelles assurent la gestion administrative du régime et l'UNPMF assure l'apérition du régime « soins de santé » et les représente auprès des partenaires sociaux.

Par conséquent, la mutualisation des risques souhaitée par les signataires du présent avenant s'effectue par le biais :

1. D'une part, de l'adhésion obligatoire des entreprises de coiffure entrant dans le champ d'application de la convention collective auprès de la mutuelle désignée correspondant à l'implantation de leur siège social. Cette adhésion entraîne l'affiliation de la totalité de leurs salariés (régulièrement affiliés au régime général de sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle de sécurité sociale) ;

2. Et, d'autre part, par la compensation des flux financiers organisée entre les co-assureurs, le régime faisant l'objet d'un compte de résultat global, par l'Union nationale de prévoyance de la mutualité française (UNPMF).

2. Délégation de gestion

Par dérogation, l'entreprise peut affilier son personnel à une autre mutuelle, adhérente à la FNMF, à seule condition que celle-ci ait signé une convention de délégation de gestion avec une mutuelle désignée sur le département concerné, selon des conditions de contrôle et de validation des partenaires sociaux précisées dans le contrat de garanties collectives joint en annexe.

Toutefois, les entreprises qui ont adhéré antérieurement au 1^{er} janvier 2000, date d'effet initiale du régime soins de santé, à un contrat auprès d'un autre organisme assureur différent que ceux définis à l'annexe II du présent avenant peuvent conserver ce contrat sous réserve :

- d'une part, que le contrat garantisse les mêmes risques à un niveau de prestations strictement supérieur, apprécié risque par risque ;
- d'autre part, que la couverture de ces risques soit financée par des cotisations salariales d'un niveau au plus équivalent à celui des cotisations prévues pour le régime mis en place par le présent avenant.

Par ailleurs, les partenaires sociaux de la branche se réuniront au plus tard fin décembre 2006 en vue d'examiner la possibilité de réviser la répartition géographique.

Conformément à l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale, la périodicité du réexamen des conditions d'organisation de la mutualisation des risques interviendra au plus tard tous les 3 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

Les partenaires sociaux se réuniront dans les 6 mois précédents et, en tout état de cause, au moins 3 mois avant la date d'échéance pour apprécier les perspectives d'évolution du régime et vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions pour la profession par les mutuelles désignées.

Les relations entre la profession et les mutuelles sont précisées autant que de besoin dans un « contrat de garanties collectives » figurant en annexe III du présent avenant qui identifie un interlocuteur unique mandaté par l'ensemble des mutuelles désignées en annexe II.

Article 17

Dispositions diverses

17.1. Prise d'effet, durée, entrée en vigueur et dénonciation du régime

Le présent régime faisant l'objet de l'avenant n° 4 à la convention collective nationale de la coiffure est conclu pour une durée indéterminée et a pris effet le 1^{er} janvier 2006.

Le présent avenant entre en vigueur un jour franc après la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*, date à laquelle il annulera et remplacera l'avenant n° 7 du 13 décembre 2005 à la convention collective nationale de la coiffure du 18 mars 2005.

Ce régime peut être modifié selon le dispositif prévu à l'article L. 132-7 du code du travail.

Sa dénonciation par l'une des parties est régie par l'article L. 132-8 du code du travail. La date d'effet de cette dénonciation est fixée au 1^{er} janvier de l'année suivant celle de sa signification qui, en tout état de cause, doit être effectué, au plus tard, le 30 septembre de chaque année.

En cas de dénonciation, une négociation sera organisée, sans délai, afin de déterminer, le cas échéant, les nouvelles mesures de protection sociale permettant de promouvoir la santé des salariés.

Les partenaires sociaux décident que les accords conclus à un niveau inférieur ou couvrant un champ d'application territorial ou professionnel moins large ne pourront déroger aux dispositions du présent avenant que par des dispositions plus favorables aux salariés.

17.2. Dépôt

Le présent avenant sera fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties contractantes et déposé auprès de la direction des relations du travail et du secrétariat du greffe du conseil des prud'hommes de Paris, dans les conditions prévues par le code du travail, en vue de son extension.

17.3. Adhésion

Toute organisation syndicale représentative, sur le plan national, non signataire du présent avenant pourra y adhérer par simple déclaration auprès de l'organisme compétent. Elle devra également aviser, par lettre recommandée, toutes les parties signataires.

Fait à Paris, le 10 juillet 2006.

(Suivent les signatures.)