

Accord collectif

INTERMITTENTS DU SPECTACLE

(20 décembre 2006)

(Etendu par arrêté du 19 mars 2007)

AVENANT DU 16 JUIN 2008

À L'ACCORD INTERBRANCHES DU 20 DÉCEMBRE 2006 INSTITUANT DES
GARANTIES COLLECTIVES DE PRÉVOYANCE AU PROFIT DES INTER-
MITTENTS DU SPECTACLE

NOR : ASET0850923M

Entre :

La fédération des syndicats patronaux des entreprises du spectacle vivant,
de la musique, de l'audiovisuel et du cinéma (FESAC) ;

Le syndicat des télévisions privées (STP),

D'une part, et

La CFDT ;

La FO ;

La CGT ;

La CFTC ;

La CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

De longue date, les organisations patronales et salariales représentatives au sein des branches du spectacle ont pris conscience de la situation particulière des salariés intermittents liée, notamment, à la durée limitée de leurs missions, à la multiplicité de leurs employeurs au cours d'une même année et à l'alternance de périodes d'activité et d'inactivité.

Ces spécificités rendent particulièrement difficile, pour ces derniers, l'accès à une couverture collective de prévoyance continue et pérenne, notamment en matière de complémentaire santé.

C'est pour cette raison que les parties signataires du présent accord ont mis en place en décembre 2006 des garanties de prévoyance au profit exclusif des intermittents du spectacle. Dans un premier temps, ces derniers ont bénéficié d'une couverture contre les risques de décès et d'invalidité permanente totale. Puis, comme convenu à cette époque, les organisations représentatives se sont à nouveau réunies afin d'instituer des garanties complémentaires de remboursement des frais de santé en remplacement de la garantie infirmière permanente, laquelle avait été mise en œuvre pour une durée temporaire.

Les objectifs poursuivis pour l'instauration de ce régime complet sont, notamment, les suivants :

- offrir aux intermittents du spectacle une couverture collective de prévoyance, y compris pendant les périodes d'inactivité ;
- obtenir la meilleure mutualisation des risques possible au niveau inter-branches ;
- proposer aux intermittents du spectacle l'accès à des garanties de bon niveau moyennant un coût préférentiel ;
- organiser une solidarité entre les entreprises employant des intermittents du spectacle et les intermittents eux-mêmes, via la constitution d'un « fonds collectif du spectacle pour la santé ».

C'est dans ce contexte que les organisations représentatives se sont réunies pour modifier l'« accord collectif instituant des garanties collectives et obligatoires pour l'ensemble des intermittents du spectacle » conclu le 20 décembre 2006 et lui substituer les dispositions suivantes, en application de l'article L. 2261-8 du code du travail. Tel est l'objet du présent avenant.

Il est rappelé que les salariés permanents employés par les entreprises relevant des branches professionnelles du spectacle demeurent régis par les conventions collectives nationales applicables en leur sein, notamment, le cas échéant, en matière de garanties collectives de prévoyance.

CHAPITRE I^{er}

Dispositions communes

Article I.1

Objet

Le présent accord a pour objet de mettre en place une couverture collective au profit des intermittents du spectacle en matière de décès, d'invalidité permanente totale, ainsi que les frais de santé complémentaires à la sécurité sociale.

Il organise l'adhésion de toutes les entreprises ayant une activité principale rattachée au spectacle vivant, à l'audiovisuel et à l'édition phonographique, au régime de prévoyance « décès » et « frais de santé » institué au profit de leurs salariés intermittents du spectacle.

Il modifie l'« accord collectif instituant des garanties collectives et obligatoires pour l'ensemble des intermittents du spectacle » conclu le 20 décembre 2006 et lui substitue les dispositions suivantes, en application de l'article L. 2261-8 du code du travail.

Article I.2

Champ d'application

I.2.1. Entreprises concernées

Le présent accord est applicable aux entreprises qui ont pour activité principale une activité rattachée au spectacle vivant, à l'audiovisuel et à l'édition phonographique.

Sont ainsi notamment désignées les entreprises relevant des champs conventionnels suivants :

- l'édition phonographique ;
- les prestataires techniques au service de la création et de l'événement ;
- la production audiovisuelle ;
- la production cinématographique ;
- la production de films d'animation ;
- la radiodiffusion ;
- le spectacle vivant privé ;
- le spectacle vivant subventionné ;
- la télédiffusion.

Caractérisés par codes de la nomenclature NAF suivants : 59.11 A, 59.11 B, 59.11 C, 59.20 Z (à l'exclusion de l'édition musicale), 59.12 Z, 60.10 Z, 90.01 Z, 90.02 Z, 90.04 Z, 60.20 A, 60.20 B, ces codes n'étant cités qu'à titre indicatif.

Cet accord sera présenté à l'extension ministérielle afin d'être rendu opposable à l'ensemble des entreprises relevant des branches précitées, puis à l'élargissement pour s'appliquer à toutes les entreprises employant des intermittents du spectacle, quelle que soit la nature de leur activité. A ce titre, les congés payés versés par l'intermédiaire de la caisse des congés spectacle seront soumis à cotisations à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord.

I.2.2. Salariés bénéficiaires

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés cadres et non cadres, artistiques et techniques, employés à contrat à durée déterminée, dont la fonction est reprise, soit dans la liste des emplois pour lesquels le recours au contrat de travail à durée déterminée d'usage est autorisé par la convention collective, soit dans la liste des emplois des annexes 8 et 10 au régime d'assurance chômage.

Ils seront ci-après dénommés les « intermittents du spectacle ».

Article I.3

Mutualisation du risque

I.3.1. Adhésion obligatoire des entreprises

L'adhésion de toutes les entreprises visées à l'article I.2.1 auprès de l'organisme assureur désigné à l'article I.3.2 résulte du présent accord et revêt un caractère strictement obligatoire. Pour la bonne règle, les entreprises

doivent régulariser administrativement l'adhésion de leurs salariés auprès de l'organisme désigné, en retournant le bulletin d'adhésion visé à l'article R. 932-1-3 du code de la sécurité sociale, dûment rempli.

I.3.2. Désignation de l'organisme assureur

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, et au regard des objectifs visés en préambule, les parties au présent accord ont décidé de confier la garantie des risques « décès », « invalidité permanente totale » et « remboursement des frais de santé » à l'institution de prévoyance Audiens Prévoyance.

En conséquence, les conditions générales applicables pour le régime faisant l'objet du présent accord sont celles de l'assureur désigné, assorties des conditions particulières résultant des dispositions prévues aux chapitres II et III ci-après.

La désignation de cet organisme assureur pourra être réexaminée périodiquement et en tout état de cause, au plus tard au cours de la 5^e année d'application de l'accord, conformément à l'article L. 912-1 précité.

Il est toutefois expressément prévu que si les partenaires sociaux devaient décider de remettre en cause la désignation de l'organisme assureur, cette modification ne pourrait prendre effet qu'au 1^{er} janvier de l'année civile suivant celle au cours de laquelle la remise en cause serait intervenue, et sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois.

Article I.4

Information

Conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, l'organisme désigné à l'article I.3.2 ci-dessus remettra à chaque employeur une notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les conditions de nullité, de déchéances, d'exclusions ou de limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Les parties rappellent que les entreprises adhérentes sont tenues de remettre un exemplaire de cette notice à chaque intermittent du spectacle qu'elles emploient.

Les dispositions du présent accord seront intégrées au site internet Audiens dédié à la protection sociale des intermittents du spectacle.

Article I.5

Comité paritaire de suivi

Les parties signataires s'accordent pour reconnaître la nécessité de préserver la pérennité du dispositif de protection sociale faisant l'objet du présent accord.

En conséquence, il a été créé un comité paritaire de suivi de l'accord composé des parties signataires, à savoir un représentant de chacune des organisations syndicales de salariés signataires et un nombre égal de représentants des organisations patronales signataires désignés par la FESAC. Le comité désignera en son sein un président et un vice-président, appartenant l'un au collège des salariés, l'autre au collège des employeurs.

Il se réunit autant que de besoin, et au moins une fois par an. A cette occasion, il étudie l'évolution du présent régime, et notamment celle du nombre d'intermittents du spectacle adhérents et de leur consommation médicale. Il assure également un suivi de l'alimentation et de l'utilisation du fonds collectif du spectacle pour la santé. Chaque année, il fixe le montant de la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé dans les conditions de l'article III.3.2.2 du chapitre III ci-dessous. En cas de désengagement de la sécurité sociale, il étudie les conséquences sur le régime et la possibilité de participation du fonds collectif du spectacle pour la santé.

C'est à ce comité paritaire de suivi, en charge de l'étude et de l'analyse des conditions d'assurances, des équilibres techniques, des éventuelles mesures requises par ces analyses, que seront présentés chaque année les comptes de résultats des régimes.

En fonction des constats et au regard notamment du rapport transmis par l'institution de prévoyance Audiens Prévoyance, le comité paritaire de suivi peut proposer l'aménagement des dispositions du présent accord.

Le comité paritaire de suivi sera également chargé d'instruire et d'arbitrer tous litiges ou difficultés d'interprétation intervenant dans l'application des présents régimes. Il est habilité à prendre toute décision sur les sujets définis dans l'accord et dans le respect de l'esprit de celui-ci.

Ce comité et plus particulièrement son président et son vice-président concluent pour le compte de la profession le (les) contrat(s) collectif(s) auprès d'Audiens Prévoyance, ainsi que tous les avenants susceptibles d'être proposés par cet organisme assureur, après examen du comité paritaire de suivi, dans le respect de l'esprit du présent accord.

Article I.6

Changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur décidé par les organisations signataires à l'occasion d'une révision de l'accord notamment, les prestations en cours de service seront maintenues par l'ancien assureur à leur niveau atteint à la date de la résiliation.

Néanmoins, le changement d'organisme assureur ne saurait remettre en cause la poursuite des revalorisations des prestations de rente suite à décès en cours de service à la date d'effet de la résiliation.

Les partenaires sociaux, en application de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, organiseront la poursuite des revalorisations sur la base, au minimum, des valeurs énoncées dans le présent accord par négociation avec le nouvel organisme assureur et tout autre organisme pouvant assurer ce type de prestation.

Par ailleurs, les réserves du régime telles que définies dans le contrat souscrit auprès de l'organisme assureur pourront être transférées au nouvel assureur. Les conditions de ce transfert seront validées par le comité de suivi.

CHAPITRE II

Garanties décès et invalidité permanente totale

Article II.1

Adhésion des salariés

L'affiliation au contrat des salariés définis à l'article I.2.2 du chapitre I^{er} est obligatoire.

Article II.2

Financement des garanties décès et invalidité permanente totale

II.2.1. Principe général

Les parties signataires reconnaissent la nécessité de mettre en œuvre des conditions tarifaires pérennes en regard des garanties assurées. Compte tenu des spécificités de la population assurée, les taux de cotisation indiqués ci-dessous intègrent une marge de risque prudente qui pourra être revue à l'issue de la période de maintien de taux détaillée ci-après.

En outre, les parties signataires reconnaissent la nécessité d'organiser une mutualisation des ressources et des résultats techniques du régime de prévoyance entre les cadres et les non-cadres.

Les parties conviennent que dans le cadre d'une couverture étendue, le taux de cotisation technique correspondant aux garanties décrites à l'article II.4 du présent chapitre est de 0,76 % du salaire limité à la tranche A (y compris les congés payés versés par l'intermédiaire de la caisse des congés spectacle).

Pour les salariés relevant de la convention collective des cadres du 14 mars 1947, cette cotisation est prise en charge à 100 % par l'employeur.

Pour les non-cadres, la cotisation sera répartie à 50 % à la charge de l'employeur et à 50 % à la charge du salarié, sous réserve des dispositions transitoires décrites à l'article II.2.2 ci-dessous.

II.2.2. Dispositions transitoires

Pour les non-cadres, le taux de cotisation sera appelé à 0,22 % du salaire limité à la tranche A, les employeurs prenant cette cotisation intégralement à leur charge.

A partir de la première augmentation de ce taux, l'augmentation sera imputée sur la part salariée à concurrence du niveau de contribution de l'employeur pour ensuite être répartie à part égale :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

Pour les intermittents non cadres de secteurs déjà couverts par une garantie prévoyance, le taux de cotisation antérieurement fixé reste applicable dans la limite de 1,50 %, mais la fraction supérieure au taux mentionné à l'article II.2.1 ci-dessus sera désormais affectée à la garantie « frais de santé » instituée au chapitre III du présent accord.

Il est rappelé que dans les branches et les entreprises où un taux de cotisation supérieur à 1,50 % est appliqué, les partenaires sociaux compétents prendront les dispositions qu'ils estimeront utiles, compte tenu de l'intégration depuis le 1^{er} avril 2007 dans le régime interbranches.

II.2.3. Suivi

Conformément à l'accord conclu avec l'organisme assureur désigné, les taux de cotisation tels que mentionnés ci-dessus sont maintenus pour une première période qui court jusqu'au 31 décembre 2009, et les taux de cotisation pourront être revus au plus tôt au 1^{er} janvier 2010, en fonction des résultats techniques du régime observés sur les exercices antérieurs.

Ultérieurement, les taux de cotisation pourront être revus à l'issue de chaque période annuelle en fonction des résultats techniques cumulés sur les exercices antérieurs clos.

Article II.3

Mode de gestion et d'établissement des comptes de résultats

Les comptes de résultats sont établis par l'assureur désigné (voir chapitre I^{er} article I.3.2) ; en application des dispositions prévues par la loi n° 89-1009 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, lesdits comptes sont transmis au comité paritaire de suivi au plus tard le 31 août suivant l'exercice d'assurance clos.

Les parties signataires précisent que le régime faisant l'objet du présent accord fait l'objet au plan des résultats d'un compte de résultats avec une provision pour participation aux excédents.

Article II.4

Garanties

II.4.1. Conditions du bénéfice des garanties

Pour les branches du spectacle déjà couvertes, les nouvelles garanties annulent et remplacent les garanties ayant pu être mises en place antérieurement.

Les prestations sont versées en application du contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme d'assurance désigné (voir chapitre I^{er} article I.3.2) dès lors qu'il a été cotisé au moins une fois pour l'intermittent du spectacle au titre du présent régime de prévoyance au cours des 24 derniers mois civils ayant précédé la survenance du sinistre.

II.4.2. Définition du salaire de base

Le salaire de base pris en considération est le salaire annuel limité à la tranche A soumis à cotisation au titre du régime, au cours des 12 mois civils précédant le sinistre ou la moyenne annualisée des 24 derniers mois civils, l'assiette la plus favorable étant retenue.

Pour les intermittents du spectacle pour lesquels le décès (ou l'invalidité permanente totale) intervient postérieurement à une période d'arrêt de travail indemnisée par la sécurité sociale n'ayant pas donné lieu à cotisation au

régime de prévoyance, le salaire de base pris en compte sera le salaire de base tel que défini ci-dessus et précédant la date de l'arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale, revalorisé conformément au règlement de l'organisme assureur désigné, entre la date d'arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale et la date du sinistre.

II.4.3. Prestations garanties

Les prestations mises en œuvre dans le cadre du présent accord sont détaillées ci-dessous :

GARANTIE	OPTION 1	OPTION 2
Capital décès toutes causes (quelle que soit la situation de famille de l'assuré)	600 % salaire de base	450 % salaire de base
Capital supplémentaire aux orphelins de père et de mère	600 % salaire de base	450 % salaire de base
Rente éducation annuelle par enfant (versée jusqu' à 21 ans ou 26 ans si études)	Non garantie	15 % salaire de base par enfant et par an (les rentes sont revalorisées tous les ans conformément au règlement de l'organisme assureur désigné).
Invalidité permanente totale	Versement par anticipation du capital décès et/ou des rentes éducation selon l'option retenue ; le versement anticipé du capital met fin à la garantie décès.	

II.4.4. Prestations minimales

Pour les salariés justifiant :

- soit de 24 jours de travail ou cachets effectifs dans les 12 mois civils précédant celui au cours duquel est survenu le sinistre ;
- soit de 48 jours de travail ou cachets effectifs au cours des 24 derniers mois civils précédant celui au cours duquel est survenu le sinistre,

les prestations minimales seront versées. Elles seront calculées sur un salaire de base égal 65 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

II.4.5. Choix de l'option

Le choix de l'option est laissé au bénéficiaire, dans les 2 mois qui suivent la survenance du sinistre ; à défaut de choix exprimé dans le délai rappelé ci-avant ou, en présence de plusieurs bénéficiaires et à défaut d'accord entre eux, les prestations seront versées en application de l'option 1.

II.4.6. Invalidité permanente totale

En cas d'invalidité telle que définie au contrat d'assurances souscrit auprès de l'organisme d'assurance désigné à l'article I.3.2 du chapitre 1, les prestations prévues en cas de décès (capital ou capital minoré et rentes éducation) peuvent lui être versées à sa demande de façon anticipée.

Ce versement met fin à la garantie décès. Cette garantie cesse au plus tard à la date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

Article II.5

Action sociale

En fonction du solde de la provision pour participation aux excédents, et dans les conditions fixées dans son règlement intérieur, le comité paritaire de suivi pourra décider d'une dotation sociale.

Ce prélèvement aura pour objet de traiter des cas relevant de l'action sociale, et notamment de demandes en cas d'infirmité permanente professionnelle. Les décisions du comité paritaire de suivi seront arrêtées sur la base, notamment, des critères alternatifs suivant :

- état des revenus du bénéficiaire ;
- perte des revenus liés à cette infirmité ;
- préjudice professionnel ;
- taux d'infirmité permanente ;
- situation de famille.

Article II.6

Solde du compte de résultats du risque infirmité

Le solde du compte de résultats du risque infirmité sera arrêté au 31 décembre de l'exercice au cours duquel cette garantie sera résiliée.

Le montant de la provision d'égalisation déterminée à l'issue de ce compte de résultats sera transféré au fonds collectif du spectacle pour la santé.

A l'issue d'une période de 3 ans, ce compte de résultats sera définitivement soldé en fonction des sinistres, nés pendant la période où la garantie était ouverte, déclarés et ou réglés pendant cette période.

Si le compte de résultats présente un solde créditeur, une nouvelle dotation à la provision d'égalisation sera réalisée pour être immédiatement transférée au fonds collectif du spectacle pour la santé. S'il présente un solde débiteur, celui-ci sera compensé par un prélèvement sur le fonds collectif du spectacle pour la santé.

CHAPITRE III

Garanties remboursement des frais de santé

PRÉAMBULE

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre juridique des contrats collectifs responsables et suivront l'évolution de la définition de ceux-ci.

Article III.1

Salariés concernés

L'accès au régime « remboursement des frais de santé » est ouvert aux intermittents tels que définis à l'article I.2.2. du chapitre I^{er} du présent

accord, dès lors qu'ils justifient de 24 cachets ou de 24 jours de travail, pour une ou plusieurs entreprises du champ défini à l'article I.2.1 du chapitre I^{er}, au cours des 12 mois civils de l'exercice N-1.

Pour ce faire, les salariés devront adresser à l'organisme assureur les justificatifs correspondants ainsi que les autres documents nécessaires à l'affiliation.

Les salariés pourront bénéficier des garanties définies à l'article III.5 ci-dessous, à compter de la date d'effet du présent accord et au plus tôt au 1^{er} janvier 2009.

Pour les salariés retraités ou ne pouvant plus justifier de la condition d'emploi, il reviendra à l'organisme désigné de leur proposer des garanties adaptées.

Article III.2

Financement des garanties frais de santé

III.2.1. Cotisations pour l'alimentation du fonds collectif du spectacle pour la santé

Toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, tel que défini à l'article I.2.1 du chapitre I^{er}, ont l'obligation d'acquitter une cotisation assise sur la rémunération des intermittents du spectacle qu'ils emploient, limitée à la tranche A (rémunération inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale visé à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale), y compris les congés payés versés par l'intermédiaire de la caisse des congés spectacle.

Cette cotisation s'élève à un montant minimum correspondant à :

- pour les cadres : 0,74 % ;
- pour les non-cadres : 0,20 %.

Toutefois pour les non-cadres, et sous réserve d'une évolution du taux décès, les entreprises relevant des branches ci-après énumérées, au sein desquelles étaient d'ores et déjà en vigueur un régime de prévoyance, continuent à acquitter la cotisation suivante (laquelle inclut la cotisation minimale ci-dessus fixée), sous réserve d'accords passés dans les branches concernées, ayant une incidence sur ces cotisations.

Entreprises artistiques et culturelles (non-cadres techniques) : 1,23 % tranche A.

Entreprises de la production audiovisuelle (non-cadres techniques) : 1,28 % tranche A, 0,53 % employeur, 0,75 % salarié.

Entreprises de la production de films d'animation (non-cadres techniques et artistiques) : 1,28 % tranche A, 0,53 % employeur, 0,75 % salarié.

Entreprises des syndicats signataires de la convention collective chansons, variétés, jazz et musiques actuelles (non-cadres techniques et artistiques) : 0,78 % tranche A.

Entreprises de l'audiovisuel public, membres de l'AESPA (non-cadres techniques) : 1,28 % tranche A.

L'ensemble des cotisations ainsi versées sera affecté à un fonds collectif dénommé fonds collectif du spectacle pour la santé.

III.2.2. Cotisations des intermittents du spectacle

Les intermittents du spectacle adhérents au régime de frais de santé doivent acquitter une cotisation mensuelle égale à :

	NIVEAU I	NIVEAU II	NIVEAU III
Salarié + ses enfants carte Vitale*	0,90 % du PMSS, soit 24,96 € au 1 ^{er} mai 2008	1,98 % du PMSS, soit 54,91 € au 1 ^{er} mai 2008	3,43 % du PMSS, soit 95,11 € au 1 ^{er} mai 2008
Famille	1,62 % du PMSS, soit 44,92 € au 1 ^{er} mai 2008	3,43 % du PMSS, soit 95,11 € au 1 ^{er} mai 2008	5,59 % du PMSS, soit 155,01 € au 1 ^{er} mai 2008
* Peuvent figurer sur la carte Vitale de l'assuré social ses enfants jusqu'à 16 ans ; par extension, ces derniers pourront, s'ils restent à charge, continuer à être couverts jusqu'à leur 20 ^e anniversaire dans le cadre de cette cotisation, sur la demande expresse, annuelle, du salarié concerné.			

Le compte de résultats du régime « frais de santé » de l'année passée (N-1) sera présenté en juin de l'année N, avec le détail par niveau.

En cas de déséquilibre du régime, le comité paritaire de suivi et l'assureur devront négocier une évolution des garanties (cotisations et prestations), sur la base de ces comptes de résultats. Il est acté que les évolutions des garanties (hors désengagements de la sécurité sociale) n'interviendront qu'à l'issue de la période de maintien de 3 ans.

Les taux ci-dessus sont par conséquent maintenus jusqu'au 31 décembre 2011 (hors désengagements de la sécurité sociale).

Si le 15 septembre de l'année N aucun accord n'est trouvé, la revalorisation sera fonction du rapport de charges prestations/cotisations nettes de frais et de taxes de chaque niveau de garanties (écrit P/C) et il y aura application de la clause de régulation suivante :

- si le P/C est inférieur à 100 % : il n'y aura pas de majoration appliquée aux taux de cotisation ;
- si le P/C est supérieur à 100 % : une revalorisation du taux de cotisation égale à la dérive sera appliquée en N+1. (Exemple : si le P/C est de 105 % et le taux de cotisation initial de 0,90 %, une revalorisation de 5 % sera appliquée en N+1 et le taux de cotisation deviendra 0,945 %).

Article III.3

Constitution du fonds collectif du spectacle pour la santé

III.3.1. Alimentation et gestion du fonds collectif du spectacle pour la santé

Le fonds collectif du spectacle pour la santé est alimenté par les cotisations versées par tous les employeurs embauchant des intermittents du spectacle, telles que définies à l'article III.2.1 ci-dessus.

Les parties signataires du présent accord décident de confier la gestion de ce fonds à l'institution de prévoyance, Audiens Prévoyance. Un reporting sur ce fonds sera fait au moins une fois par an aux membres du comité paritaire de suivi, notamment pour permettre la fixation de la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé.

Les modalités de suivi du fonds collectif du spectacle pour la santé seront arrêtées dans le règlement intérieur du comité paritaire de suivi.

III.3.2. Participation du fonds collectif du spectacle pour la santé

Les intermittents du spectacle répondant à une condition d'activité minimale définie dans l'article III.3.2.1 bénéficieront d'une prise en charge partielle de leur cotisation définie à l'article III.2.2 du chapitre III ci-dessus par le fonds collectif du spectacle pour la santé.

III.3.2.1. Définition des bénéficiaires du fonds collectif du spectacle pour la santé

Les intermittents du spectacle tels que définis à l'article I.2.2 du chapitre I^{er} dès lors qu'ils peuvent justifier au cours de l'année N-1 d'au moins 507 heures de travail sur 12 mois peuvent bénéficier de la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé au cours de l'exercice N. Les intermittents doivent apporter les justificatifs de cette condition d'activité ; une attestation ASSEDIC au titre du chômage du spectacle ou du fonds de professionnalisation est réputée matérialiser cette condition.

De façon dérogatoire à ce principe :

- lors de la première affiliation au régime santé ;
- lors d'une réaffiliation consécutive à une période de résiliation de 12 mois minimum ;
- lors d'une suspension de la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé de 12 mois consécutifs minimum,

la preuve de la condition d'ouverture des droits de l'année N ouvrira les droits au bénéfice de la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé pour les exercices N et N+1.

De façon dérogatoire au principe énoncé au 1^{er} alinéa, les intermittents ne pouvant justifier de la condition d'ouverture requise au cours de l'exercice N-1 et ayant bénéficié de 6 années de participation du fonds collectif du spectacle pour la santé, dont l'année N-1, au cours d'une période de 8 années consécutives, bénéficieront d'une participation exceptionnelle du fonds collectif du spectacle pour la santé pour l'exercice N.

Au cours des 8 premières années du contrat, cette dernière condition sera considérée comme acquise pour les salariés qui pourront justifier qu'ils auraient rempli les conditions de l'alinéa précédent si le fonds collectif du spectacle pour la santé avait existé, et qui ont été bénéficiaires de la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé en N-1.

III.3.2.2. Montant et durée de la participation

Les intermittents du spectacle remplissant les conditions fixées par l'article III.3.2.1 bénéficient d'une contribution du fonds collectif du spectacle pour la santé au paiement de leur cotisation, pour un montant qui sera déterminé chaque année par le comité paritaire de suivi institué à l'article I.5 du chapitre I^{er}.

Le montant mensuel de la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé est fixé 0,54 % du PMSS, à la mise en place du contrat. Ce montant sera fixé chaque année par le comité paritaire de suivi, et en tout état de cause pour les 3 premières années, l'allocation ne pourra être revalorisée au-delà de l'évolution du PMSS.

Les versements de la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé interviendront pour une période maximale de 12 mois civils, sous réserve du maintien de l'affiliation de l'intermittent à la garantie frais de soins de santé sur cette période.

A la fin de chaque exercice N, dans le cadre du renouvellement du bénéfice de la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé, chaque intermittent devra apporter les justificatifs de la condition d'activité de l'année N tels que définis à l'article III.3.2.1 pour bénéficier de la participation au cours de l'exercice N+1.

Par dérogation, toute attestation de l'année N reçue au cours du premier trimestre de l'année N+1 donnera lieu à la participation dès le 1^{er} janvier de l'année N+1. Au-delà de ce délai, la participation du fonds collectif du spectacle pour la santé prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de l'attestation.

Article III.4

Prestations garanties

y compris RBSS		niv.I	niv.II
FRAIS D'HOSPITALISATION / MATERNITE / PSYCHIATRIE	Honoraires & frais de séjour	100% de la BR	200% de la BR
	Forfait hospitalier	100% des FR	100% des FR
	Chambre particulière ou frais accompagnant d'un enfant bénéficiaire de moins de 17 ans - sans limitation de durée	néant	25 € / jour
	Indemnité de naissance	néant	75 €
MEDECINE DE VILLE	Généraliste (Consultation & visite)	100%	125%
	Spécialiste et Neuro-psychiatre (Consultation & visite)	100%	150%
	Pharmacie et vaccins acceptés Séc Soc.	100%	100%
	Franchise Actes onéreux (BR>91€)	néant	18 €
	Acoustique et prothèses capillaires*	100%	100% + 150€
	Petit et gros appareillage, Cures thermales acceptées, Auxiliaires médicaux, Transport, Densitométrie, Laboratoire, Actes d'imagerie et d'échographie...	100%	125%
	Actes non remboursés par la Sécurité sociale (par an) :		
	Médecine douce : Acupuncteur, Ostéopathe, Diététicien...	néant	15€ / acte 3 fois par an / personne
	Prévention* : vaccins, substituts nicotiques, sevrage tabagique...	néant	50% de la dépense dans la limite de : 50 €
FRAIS D'OPTIQUE FRAIS DENTAIRES	Monture de lunettes et verres multifocaux *	SS + 75 ou 110 €	SS + 195 ou 255 €
	Monture de lunettes et verres unifocaux *	SS + 50 ou 95 €	SS + 155 ou 225 €
	Lentilles de contact remboursées ou non par la Séc. Soc* Adaptation et produits d'entretien pour lentilles de contact *	SS + 50 €	SS + 150 €
	Soins dentaires (Onlay inclus)	100%	125%
	Prothèses dentaires (Inlay inclus)	120%	250%
	Inlays-onlays	néant	2 inlays-onlays à 50€
	Orthodontie enfant moins de 16 ans	néant	150%
	Autres Actes : - Chirurgie réfractive des yeux - Implant dentaire, prothèses dentaires non remboursées, orthodontie adulte, parodontologie, blanchiment dentaire, scanner dentaire...	néant	50% de la dépense dans la limite de : 100 €

* montant par année civile et par personne

Les garanties ci-dessus feront l'objet du suivi annuel tel que mentionné à l'article III.5.

Les désengagements inclus dans la définition des contrats responsables s'appliqueront d'office dès leur entrée en vigueur. Néanmoins, un comité paritaire de suivi sera convoqué pour en examiner les conséquences sur l'équilibre du contrat.

Dans les autres cas de désengagements de la sécurité sociale, un comité paritaire de suivi sera convoqué dans le mois suivant :

- soit le comité paritaire de suivi et l'assureur s'accordent sur les nouvelles conditions de prise en charge des déremboursements ;
- soit dans la négative, au plus tard 1 mois après la date d'effet des déremboursements, les désengagements de la sécurité sociale ne seront plus couverts par le contrat.

Article III.5

Mode de gestion et d'établissement des comptes de résultats

Les comptes de résultats sont établis par l'assureur désigné et transmis au comité paritaire de suivi au plus tard le 31 août suivant l'exercice d'assurance clos.

Les parties signataires précisent que le régime faisant l'objet du présent accord fait l'objet au plan des résultats d'un compte de résultats avec une provision pour participation aux excédents.

CHAPITRE IV

Dispositions finales

Article IV.1

Date d'effet

La date d'effet du présent accord est fixée au premier jour du trimestre civil qui suit la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension et/ou d'élargissement, pour toutes les entreprises qui entrent dans le champ d'application défini à l'article I.2.1 du chapitre I^{er}.

Le présent accord se substitue, à compter de cette date, à l'intégralité des dispositions de l'accord collectif interbranches conclu le 20 décembre 2006 conformément à l'article L. 2261-8 du code du travail.

Article IV.2

Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

IV.2.1. Modification

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera

IV.2.2. Dénonciation

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 6 mois.

Il est expressément convenu entre les parties signataires que la dénonciation pourra soit porter sur la totalité de l'accord, soit porter uniquement sur un ou plusieurs des chapitres spécifiques à un régime de protection sociale complémentaire particulier (régime de remboursement des frais de santé ou régime de prévoyance).

Les parties signataires reconnaissent en effet le caractère autonome des dispositions contenues dans chacun des chapitres et la possibilité de les appliquer ou de les dénoncer distinctement sans remise en cause de l'équilibre général du présent accord.

La dénonciation par l'une des parties signataires devra en conséquence préciser si elle porte sur l'intégralité de l'accord ou sur un (ou plusieurs) chapitre(s) spécifique(s) expressément identifié(s).

La dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis.

Article IV.3

Formalités de dépôt

Le présent accord sera déposé en 2 exemplaires (une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues à l'article D. 2231-2 du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Fait à Paris, le 16 juin 2008.

(Suivent les signatures.)