

Convention collective départementale

IDCC : 9161. – **ENTREPRISES AGRICOLES DE POLYCLTURE, ÉLEVAGE,
VITICULTURE, HORTICULTURE ET PÉPINIÈRES
(CHARENTE)
(7 juin 1990)**

(Etendue par arrêté du 13 juin 1991,
Journal officiel du 29 juin 1991)

ACCORD DU 2 JUIN 2009
RELATIF À UN RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
AUX SALARIÉS AGRICOLES (NON-CADRES)
NOR : AGRS0997098M

Entre :

L'union départementale des syndicats d'exploitants agricoles de la Charente (UDSEA) ;

La FDSEA-MODEF de la Charente ;

Le syndicat des pépiniéristes viticulteurs de la Charente ;

Le syndicat d'horticulture et pépinières ;

La fédération départementale des CUMA de la Charente ;

Le syndicat des entrepreneurs des territoires de la Charente,

D'une part, et

L'union départementale des syndicats ouvriers CFDT de la Charente ;

Le syndicat départemental des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC Charente, Charente-Maritime ;

L'union départementale du syndicat FO de la Charente ;

L'union départementale du syndicat CFTC de la Charente,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires ont souhaité mettre en place un régime d'assurance complémentaire frais de santé départemental comme le leur permettait l'accord national du 10 juin 2008 relatif à une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres de la région de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective du 7 juin 1990 du secteur de la production agricole du département de la Charente et des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers du département de la Charente.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des secteurs de la production agricole du département de la Charente et des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers du département de la Charente et des CUMA de la Charente relevant des activités suivantes :

Champ d'application professionnel

Les salariés y compris les apprentis de nationalité française ou étrangère travaillant dans :

- les exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient (polyculture, cultures et élevages spécialisés, horticulture, maraîchage, arboriculture, pépinières...), ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production ou dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelles que soient les formes juridiques adoptées ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole en commun (CUMA) ;
- les entreprises de travaux agricoles et ruraux.

Champ d'application territorial

La présente convention régit tous les travaux salariés visés à l'article 1^{er}, effectués dans des entreprises situées sur les territoires suivants :

- exploitations agricoles : département de la Charente ;
- entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers : département de la Charente ;
- CUMA de la Charente.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2010. Si l'arrêté d'extension est publié avant cette date, le présent accord entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Si l'arrêté d'extension est publié après cette date le présent accord entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la publication.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

Le régime établi par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 3

Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé obligatoire d'entreprise

Les entreprises disposant déjà, d'une part, d'une assurance complémentaire de santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 7 pour un niveau supérieur (garantie par garantie ou supérieur pour au moins la moitié des postes de garanties définies dans le régime) et, d'autre part, une cotisation salarié inférieure ou égale au régime conventionnel peuvent ne pas remettre en cause leurs propres régimes et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

En outre, en cas de résiliation pour changement de prestataire, les entreprises concernées auront l'obligation de rejoindre le régime de santé mutualisé.

Article 4

Bénéficiaires

Le présent accord institue un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé obligatoire au profit du personnel non cadre (y compris apprentis) des exploitations et entreprises relevant du champ d'application défini au présent accord, ayant au moins 1 an d'ancienneté dans l'entreprise.

Toutefois, le salarié ayant acquis ce droit pourra le transférer auprès de son nouvel employeur dans un délai de 3 mois dans toutes entreprises relevant du présent accord, à condition qu'il en fasse la demande expresse écrite au nouvel employeur.

Sont exclus du bénéfice du régime institué par le présent accord :

- les cadres et personnels ressortissant à la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire Cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention précitée ;
- les VRP.

Article 5

Adhésion. – Affiliation

Adhésion obligatoire :

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 ci-dessus auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 15, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Pendant toute la durée de l'accord, aucun salarié bénéficiaire ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

Dispense d'affiliation :

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord les salariés bénéficiant d'une assurance de frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs tel que défini par la loi, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire de frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Les bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et ceux bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent également demander à être exclus de la présente assurance complémentaire.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'accord, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition de 1 an d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire de santé à compter du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté prendra en charge la cotisation à la complémentaire de frais de santé telle que définie à l'article 5.1.

Pour les salariés ayant une faible rémunération :

- soit avec une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ;
- soit apprenti.

Le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération.

Ces salariés qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération, peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

Article 6

Garanties

Les garanties prises en application du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la mutualité sociale agricole au titre de la législation « maladie », « accidents du travail, maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des prestations visées à l'article 6.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dument justifiés restant à charge du salarié, après intervention du régime de base de mutualité sociale agricole et/ou d'éventuels organismes complémentaires. Les garanties « maternité » prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la mutualité sociale agricole au titre du risque maternité.

Article 7

Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime d'assurance complémentaire santé définie dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner l'organisme : Mutualia Charente-Poitou-Limousin, 46, boulevard Duroselle, 16916 Angoulême Cedex 9.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans le protocole d'accord conclu entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

La désignation de Mutualia sera réexaminée dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

Article 8

Garanties

Les garanties prises en application du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base dont relève l'assuré au titre de la législation « maladie », « accidents du travail, maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des prestations visées à l'article 7.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base dont relève l'assuré et/ou d'éventuels organismes complémentaires. Les garanties « maternité » prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature du régime de base au titre du risque maternité.

Article 9

Prestations

La nature et le montant des prestations sont :

NATURE DES RISQUES	REMBOUR- sement régime de base MSA	REMBOURSEMENT MUTUALIA % base de remboursement MSA
Frais médicaux		
Consultations, visites, médecins ou spécialistes	70 %	30 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 %	40 %
Analyses, examens de laboratoire	60 %	40 %
Radiographie, électro-radiologie	60 %	40 %
Actes de prévention responsable	60 %	40 %
	70 %	30 %
	De 35 à 70 %	De 30 à 65 %
Pharmacie	De 15 à 100 %	De 0 à 85 %
Optique		
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	65 %	390 % + un crédit de 200 € par an
Dentaire		
Prothèse acceptée	70 %	140 % + un crédit de 300 € par an
Frais de soins	70 %	30 %
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf prothèses auditives.	65 %	35 %

NATURE DES RISQUES	REMBOUR- sement régime de base MSA	REMBOURSEMENT MUTUALIA % base de remboursement MSA
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires Chambre particulière Forfait hospitalier	De 80 à 100 % – – –	De 0 à 20 % 150 % 25 € par jour 100 % dès le 1 ^{er} jour
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % –	– Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire/maternité (924 €)

Article 10

Cotisations

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et à ce titre les contributions patronales sont exonérées.

1. Taux de cotisations et répartition

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et des réglementations sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie, à cette occasion.

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et sera égale, pour l'exercice 2010, à :

Cotisation globale : 0,86 % PMSS.

Réparti comme suit :

- 25 % à la charge de l'employeur ;
- 75 % à la charge du salarié.

Le salarié sur option, à titre individuel et facultatif, pourra affilier son conjoint et/ou ses enfants, en prenant à sa charge la totalité des cotisations correspondantes au tarif de :

Tarif :

- salarié de moins de 1 an : 0,86 % ;
- option conjoint : 0,86 % ;
- option enfants 1 et + (gratuit à partir du 3^e enfant) : 0,65 %.

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009 (hors évolution de la réglementation sociale).

2. Appel et recouvrement

Pour les salariés affiliés de manière obligatoire, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de Mutualia selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Les cotisations sont payables trimestriellement, à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire des cotisations dans le deuxième mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Pour les ayants droit, les droits de suite et les salariés adhérant de manière facultative, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à Mutualia.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 11

Règlement des prestations

Mutualia procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses de mutualité sociale agricole ou, le cas échéant, sur pièces justificatives des dépenses réelles.

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

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Article 12

Tiers payant

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte Santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte Santé reste la propriété de l'organisme assureur.

L'entreprise adhérente s'engage, si la carte Santé du salarié est en cours de validité, à en assurer la restitution auprès de l'organisme gestionnaire dans le délai de 15 jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite, fin de contrat...).

Article 13

Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par le régime de base dont

relève l'assuré, pour les actes effectués en secteur non conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après participation du régime de base dont relève l'assuré et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Article 14

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

La garantie peut être maintenue, aux mêmes conditions, pendant un délai de 3 mois à compter de la cessation du contrat de travail. Dans ce cadre Mutualia procédera à la collecte de l'intégralité des cotisations auprès du salarié.

En tout état de cause et en cas de cessation des garanties, l'ancien salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention.

Article 15

Maintien des garanties et suspension

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les contributions de l'employeur et du salarié sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 16

Prescription

Toutes actions de remboursement de prestations en nature dérivant des opérations mentionnées au présent accord sont prescrites dans le délai de 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 17

Couverture facultative

Salariés non cadres ayant moins de 1 an d'ancienneté

Les salariés non cadres ayant moins de 1 an d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent

demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article 9. La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié ; Mutualia procédera à la collecte de la cotisation.

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du présent régime

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son et/ou ses ayants droit :

- cotisation fixée à 0,86 % du PMSS pour le conjoint ou le concubin bénéficiaire ;
- cotisation fixée à 0,65 % du PMSS quel que soit le nombre d'enfants,

pour les garanties visées au présent accord. Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties. Mutualia procédera à la collecte de la cotisation.

Les modalités de gestion de ces personnes seront définies dans le cadre d'un protocole de gestion spécifique distinct.

Droit de suite

Les salariés visés par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, ainsi que les salariés démissionnaires, pourront bénéficier des garanties prévues au présent régime.

Mutualia procédera à la collecte de la cotisation sans que celle-ci dépasse 150 % de la cotisation des actifs.

Les intéressés devront en faire la demande auprès de l'organisme gestionnaire dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du participant.

Article 18

Clause de réexamen

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 19

Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'un protocole de gestion distinct, qui définit, entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, notamment les modalités de suivi du régime.

Les partenaires sociaux signataires se réuniront (1) par ailleurs une fois par an, dans le courant du deuxième trimestre et en cas de besoin avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Article 20

Date d'effet

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} janvier 2010.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises ou exploitations non adhérentes aux organisations signataires.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

Le régime établi par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 21

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par Mutualia à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 22

Formalités administratives

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties.

Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du nouveau code du travail.

Le présent accord sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du nouveau code du travail.

(1) Soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins 2 représentants employeurs et au moins 2 représentants d'organisations syndicales salariées distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Angoulême, le 2 juin 2009.

(Suivent les signatures.)