

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(CÔTE-D'OR, NIÈVRE ET YONNE)**

ACCORD DU 26 FÉVRIER 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS0997178M

Entre :

La fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles de Bourgogne ;

Le syndicat des employeurs de main-d'œuvre agricole de la Nièvre ;

La fédération régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux ;

La fédération régionale des CUMA,

D'une part, et

L'UR CFE-CGC de Bourgogne ;

L'UR CGT-FO de Bourgogne ;

L'UR CGT de Bourgogne,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le biais du présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture des départements de la Côte-d'Or, de la Nièvre et de l'Yonne ont souhaité mettre en place un régime régional de protection sociale complémentaire comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Les partenaires sociaux entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres desdits départements 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 constituera l'annexe IV de la convention collective du 21 novembre 1997 concernant les exploitations et les entreprises agricoles de la Côte-d'Or, de la Nièvre et de l'Yonne.

Article 1^{er}

Champ d'application

Sont visés, de manière obligatoire, par le présent régime l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et entreprises de culture et d'élevage, spécialisées ou non, de quelque nature qu'elles soient, des entreprises de travaux agricoles et ruraux, ainsi que des CUMA, à l'exception des centres de dressage et d'entraînement de chevaux, dont le siège, représenté par les bâtiments principaux d'exploitation, est situé sur le territoire des départements de la Côte-d'Or, de la Nièvre et de l'Yonne, à l'exception des ETAR et CUMA, pour lesquelles ne sont concernées que celles ayant leur siège en Côte-d'Or.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée, il entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2010.

Il s'imposera, à compter du 1^{er} janvier 2010, aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires et, à compter de la date de son extension, à l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application.

Le présent accord pourra toutefois être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires à compter du 1^{er} janvier 2010, si son extension devait intervenir postérieurement à cette date.

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, notamment l'accord national du 10 juin 2008 précité.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 6 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.

Pour les dispositions du présent accord, la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

En sont exclus :

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

- les catégories particulières de salariés (VRP, par exemple) ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés non cadres ressortissant à un régime collectif obligatoire dans les conditions fixées à l'article 6.

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- salariés bénéficiant déjà, au jour de l'entrée en vigueur du régime mis en place par le présent accord, en qualité d'ayants droit, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalent ;
- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers ayant souscrit une couverture frais de santé par ailleurs ;
- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- salariés à temps partiel ou en contrat de formation par alternance (notamment les apprentis) pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération ;
- salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié concernés.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent 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, en joignant les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative il doit en informer l'employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 4

Garanties

La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir partie « régime conventionnel »).

Les partenaires sociaux ont souhaité que soit proposée à titre facultatif aux salariés la possibilité d'améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire par le biais d'une cotisation supplémentaire (voir partie « option facultative » du tableau annexé).

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge du salarié.

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié et sa famille le cas échéant.

Dès lors que le salarié est célibataire et sans enfant, il cotise au taux dit « isolé ».

Dès lors que le salarié a un conjoint (1) et/ou un ou des enfants (2), il cotise au taux dit « famille ».

La couverture obligatoire de la famille ne trouve cependant pas à s'appliquer dans les cas suivants :

- les membres de la famille sont couverts par un système de garanties relevant des 6^e à 8^e alinéas de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (cas du conjoint relevant auprès de son propre employeur, d'un système de garanties obligatoire couvrant le conjoint et/ou les enfants, ou cas dans lequel les deux conjoints travaillent pour un employeur relevant du champ d'application du présent accord) ;
- les membres de la famille sont couverts par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels (cas du conjoint fonctionnaire ou agent public de l'Etat et de ses établissements publics).

Dans les cas visés ci-dessus, le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont bénéficient son conjoint et/ou ses enfants.

Dans le cas d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant ne l'être qu'en qualité d'ayant droit.

Article 5

Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime d'assurance complémentaire santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner les organismes ANIPS (4-6, avenue d'Alsace, 92033 La Défense Cedex), en partenariat avec Groupama et ses caisses régionales, et Agri-prévoyance (21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris) membre du groupe AGRICA, en coassurance à hauteur respectivement de 40 % pour l'ANIPS et 60 % pour Agri-prévoyance, l'ANIPS étant apériteur.

Le choix de l'organisme gestionnaire du régime doit faire l'objet d'un réexamen par les partenaires sociaux selon une périodicité ne pouvant excéder 5 ans.

(1) Conjoint non séparé de corps, cocontractant d'un Pacs ou concubin.

(2) Enfants mineurs quelle que soit leur situation, enfants de moins de 28 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi non indemnisés et enfants sans limite d'âge lorsqu'ils sont reconnus invalides.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Article 6

Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime d'assurance santé de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 4, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel régional à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 7

Cotisations

1. Taux de cotisations et répartition

Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 est de 0,92 % pour le tarif « isolé » et de 2,41 % pour le tarif « famille ». Ces taux sont définis en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et répartis comme suit :

- 40 % de la part « isolé » à la charge de l'employeur, soit 0,368 % ;
- 60 % de la part « isolé » à la charge du salarié, soit 0,552 %, auquel s'ajoute la totalité de la part « famille » le cas échéant, soit une cotisation totale pour le salarié de 2,042 % dans ce dernier cas.

Si le salarié souhaite souscrire à l'option facultative prévue à l'article 4, les taux de cotisations sont les suivants :

- 1,18 % en tarif « isolé » ;
- 3,10 % en tarif « famille ».

Dans tous les cas, la participation de l'employeur demeure égale à 40 % de la part « isolé » du régime conventionnel (soit 0,368 %).

Les taux ci-dessus sont applicables pour 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009.

2. Collecte

La collecte des cotisations est confiée par l'organisme désigné aux caisses de MSA compétentes sur le territoire concerné selon les termes d'une convention conclue entre eux.

3. Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent accord peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime 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, définies au point 1 du présent article, sont maintenues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Article 8

Clause de réexamen. – Dénonciation

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.

Le présent accord peut être dénoncé à tout moment par les parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois. En cas de dénonciation, les partenaires sociaux devront se réunir dans les 6 mois suivants, afin d'étudier les termes d'un éventuel nouvel accord.

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

Article 9

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 organisations professionnelles signataires se réuniront (1) par ailleurs une fois par an au moins, et chaque fois que jugé nécessaire à la demande de l'un des collèges (employeurs ou salariés), 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.

(1) Soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins 4 représentants issus d'organisations syndicales ou professionnelles distinctes en nombre égal dans chaque collège, et chargé de rendre compte à la commission mixte.

Article 10

Dépôt et extension

Le présent accord pourra être dénoncé en respectant un préavis de 3 mois et, sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai de 1 an à compter du terme du préavis.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Pouilly-en-Auxois, le 26 février 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

Liste des garanties

TYPE DE GARANTIES	RÉGIME CONVENTIONNEL	OPTION FACULTATIVE (en gras les points d'amélioration par rapport au régime conventionnel)
Frais médicaux Consultation de médecin ou spécialiste Auxiliaire médical, soins infirmiers Massages, pédicures, orthophoniste, orthoptiste, sage-femme Analyses, examens de laboratoire Radiographie, électroradiographie Actes de prévention responsable Médecine douce (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie)	30 % 40 % 40 % 30 % 30 à 65 % 15 € par consultation dans la limite de 4 par an et par famille	80 % 40 % 40 % 80 % 30 à 65 % 23 € par consultation dans la limite de 4 par an et par famille
Pharmacie Médicaments remboursables	0 à 85 %	0 à 85 %
Optique Soins et honoraires Verres, montures et lentilles acceptés	Cf. consultation spécialiste 390 % du TC + crédit de 200 € avec majoration de 75 € par an si pas de consommation pendant 2 ans (lentilles acceptées uniquement)	Cf. consultation spécialiste crédit de 300 € par an et jusqu'à 500 € si pas de consommation pendant 5 ans (lentilles acceptées ou refusées)
Dentaire Soins Prothèses dentaires acceptées et inlays core Parodontologie Orthodontie : Orthodontie acceptée	30 % 280 % + crédit de 300 € par an 200 %	30 % 340 % + crédit de 400 € par an 75 € par an 200 %

TYPE DE GARANTIES	RÉGIME CONVENTIONNEL	OPTION FACULTATIVE (en gras les points d'amélioration par rapport au régime conventionnel)
Appareillage : Prothèse auditive acceptée Prothèse auditive refusée Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareils, autres prothèses Fauteuil roulant	390 % 0 à 35 %	390 % 150 € par an 85 % 200 € par an
Forfait actes lourds (18 €)	100 % du forfait	100 % du forfait
Hospitalisation Frais de soins et de séjour (secteur conventionné ou non) Dépassements d'honoraires Frais d'accompagnement (lit + repas) Forfait hospitalier Chambre particulière	0 à 20 % 220 % 30 € par jour (pour enfant moins de 16 ans) 100 % dès le 1 ^{er} jour 25 € par jour	Frais réels en secteur conventionné et 90 % des frais réels en non conventionné 220 % 50 € par jour limité à 10 ans sans limite d'âge Frais réels 75 € jour limité à 60 jours par an puis 25 € par jour
Maternité Frais de soins et de séjour Dépassement d'honoraires et chambre particulière	– Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité	– Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Psychiatrie Frais de soins et de séjour Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Idem hospitalisation Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire et par an	Idem hospitalisation 75 € par jour limité à 45 jours par an
Cures thermales Honoraires de surveillance médicale Frais de traitements thermaux	30 % pour les enfants uniquement 35 % pour les enfants uniquement	30 % + forfait de 150 € par an et par bénéficiaire

TYPE DE GARANTIES	RÉGIME CONVENTIONNEL	OPTION FACULTATIVE (en gras les points d'amélioration par rapport au régime conventionnel)
Transport	35 %	35 %
<p>TC : tarif conventionné.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurance maladie obligatoire français.</p> <p>Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels.</p> <p>Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1 € au 1^{er} janvier 2005, ne pourront donner lieu à remboursement.</p> <p>Les garanties en vigueur sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement et s'entendent part régime obligatoire non comprise.</p>		