

Convention collective nationale

IDCC : 951. – **ENTREPRISES
DE SPECTACLES VIVANTS**
(Théâtres privés)

AVENANT DU 3 JUILLET 2013
À L'ACCORD DU 2 JANVIER 2001
RELATIF À LA PRÉVOYANCE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1351042M

IDCC : 951

PRÉAMBULE

Les salariés permanents du secteur du théâtre privé bénéficient de garanties de prévoyance et de frais de santé en vertu de l'avenant du 2 janvier 2001 à la convention collective nationale des théâtres privés, modifié à plusieurs reprises.

Les partenaires sociaux de la branche regroupant les entreprises du secteur privé du spectacle vivant, dont fait partie le secteur du théâtre privé, ont signé le 3 février 2012 une convention collective nationale, étendue par arrêté du 29 mai 2013 publié au *Journal officiel* du 7 juin 2013.

Cette nouvelle convention contient des dispositions instaurant un régime de prévoyance couvrant les risques incapacité, invalidité et décès.

C'est dans ce contexte que les signataires du présent avenant se sont réunis afin de réviser l'avenant du 2 janvier 2001 à la convention collective nationale des théâtres privés, modifié, relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé des salariés permanents des théâtres privés et de leur substituer les dispositions suivantes, en application des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Tel est l'objet du présent avenant.

En conséquence, les articles 4 à 9 de l'avenant du 2 janvier 2001 à la convention collective nationale des théâtres privés ainsi que toutes les dispositions des accords et avenants des 7 avril 2005, 20 avril 2006, 31 mars 2009 et 22 décembre 2011 modifiant le régime de prévoyance et de frais de santé sont remplacés par les chapitres I^{er} à V figurant à l'article 1^{er} « Révision » du présent avenant.

Article 1^{er}

Révision

Les chapitres I^{er} à V sont créés et rédigés comme suit.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet d'énoncer les modalités de mise en œuvre de garanties en cas d'incapacité temporaire de travail et de frais de soins de santé complétant celles instituées au niveau de la branche, conformément aux dispositions de l'article 12.2 de la convention collective nationale des entreprises du secteur privé du spectacle vivant datée du 3 février 2012.

Il redéfinit les régimes de prévoyance au profit de l'ensemble des salariés permanents tels que visés à l'article 2.2 du présent chapitre.

Article 2

Champ d'application

2.1. Entreprises concernées

Sont visées toutes les entreprises privées de théâtre, en lieux fixes, non directement subventionnées de façon régulière par l'Etat et/ou les collectivités territoriales, du territoire national, se livrant en tout ou en partie à des activités de spectacle vivant telles que spectacles dramatiques, lyriques ou chorégraphiques, de variétés ou concerts.

2.2. Salariés bénéficiaires

Le présent accord concerne les salariés permanents des entreprises visées à l'article 2.1 du présent chapitre.

Définition : on entend ici par salariés permanents les salariés employés en contrat à durée indéterminée ou en contrat à durée déterminée non éligibles au bénéfice du régime issu de l'accord interprofessionnel du 18 décembre 2006 propre aux intermittents du spectacle relevant des annexes VIII et X du régime d'assurance chômage.

Les garanties "incapacité temporaire de travail", prévues au chapitre II, s'appliquent :

- dès leur embauche, aux salariés cadres tels que définis par les dispositions du titre VI de la convention collective nationale des entreprises du secteur privé du spectacle vivant du 3 février 2012 ;
- à compter de 12 mois d'ancienneté, aux salariés non cadres tels que définis par les dispositions du titre VI de la convention collective nationale des entreprises du secteur privé du spectacle vivant du 3 février 2012 ;
- les garanties "frais de soins de santé", prévues au chapitre III, s'appliquent à l'ensemble des salariés permanents dont l'ancienneté continue dans l'entreprise est égale ou supérieure à 6 mois.

Article 3

Mutualisation du risque

L'adhésion de toutes les entreprises visées à l'article 2.1 du présent chapitre auprès d'Audiens Prévoyance 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 d'Audiens Prévoyance en retournant le bulletin d'adhésion, visé à l'article R. 932-1-3 du code de la sécurité sociale, dûment rempli.

Il est toutefois expressément prévu que si les partenaires sociaux devaient décider de remettre en cause le choix d'Audiens Prévoyance, 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 est intervenue, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois.

Toutefois les entreprises qui justifiaient qu'elles assuraient déjà à leurs salariés, et ce depuis une date antérieure au 1^{er} mars 2000 pour le régime de prévoyance et au 1^{er} avril 2000 pour le régime de frais de santé – dates d'effet posées par l'avenant du 2 janvier 2001 –, une couverture de niveau au moins équivalent ou supérieur auprès d'un autre organisme assureur peuvent la conserver.

En revanche, en cas de changement d'organisme assureur, ces entreprises seront tenues de rejoindre Audiens Prévoyance.

Article 4

Information

Une notice d'information rédigée par l'organisme assureur définissant les garanties souscrites par l'entreprise, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les hypothèses de nullité, de déchéance, d'exclusion ou de limitation de garanties ainsi que les délais de prescription, devra être remise par les entreprises à chaque salarié concerné.

CHAPITRE II

GARANTIES "INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL"

Article 1^{er}

Caractère obligatoire de l'adhésion des salariés

L'adhésion au régime est obligatoire pour l'ensemble des salariés permanents tels que définis à l'article 2.2 du chapitre I^{er}.

Article 2

Garanties

Les garanties sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale et de celles versées en vertu des dispositions du titre XII de la convention collective nationale des entreprises du secteur privé du spectacle vivant. En conséquence, les montants indiqués comprennent la totalité des prestations perçues par le salarié tant au titre de la sécurité sociale, de la convention collective nationale des entreprises du secteur privé du spectacle vivant que du présent accord.

Article 2.1

Base de calcul

Le traitement de base servant d'assiette au calcul des prestations est la rémunération brute telle que déclarée à la sécurité sociale, effectivement perçue au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail et limitée à la tranche A telle que définie à l'article 1^{er} du chapitre IV.

Article 2.2

Garanties incapacité temporaire de travail

Le salarié en arrêt de travail, en cas de maladie ou d'accident ouvrant droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, bénéficie d'une indemnité journalière brute égale à 80 % du traitement de base limité à la tranche A, sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la sécurité sociale et des prestations brutes versées en application du titre XII de la convention collective nationale des entreprises du secteur privé du spectacle vivant.

Dans tous les cas, le cumul des prestations nettes perçues par le salarié ne pourra excéder le salaire net qu'il aurait perçu s'il était en activité.

Article 2.2.1

Franchise

La garantie intervient à l'issue d'une franchise de 30 jours continus d'arrêt de travail.

Article 2.2.2

Durée

La garantie cesse à la reprise du travail, à la date de notification du classement en invalidité ou à la liquidation de la pension vieillesse et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Article 2.3

Exclusions et limitations de garanties

Les parties précisent que les exclusions et limitations de garanties stipulées dans le contrat d'assurance collective souscrit auprès de l'organisme assureur désigné sont pleinement applicables dans les relations entre l'employeur et les salariés.

Article 3

Changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur, il résulte de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale que les rentes en cours de service à cette date doivent continuer à être revalorisées.

Les parties signataires rappellent aux entreprises concernées qu'elles devront donc veiller, dans une telle hypothèse, à organiser la prise en charge de l'obligation ci-dessus définie soit auprès de l'organisme dont le contrat a été résilié, soit auprès du nouvel organisme assureur.

CHAPITRE III

GARANTIES "FRAIS DE SOINS DE SANTÉ"

Article 1^{er}

Caractère obligatoire de l'adhésion des salariés

L'adhésion au régime est obligatoire pour l'ensemble des salariés permanents tels que définis à l'article 2.2 du chapitre I^{er}.

Les parties signataires du présent accord entendent permettre aux entreprises de mettre en œuvre les dispenses d'affiliation admises par la réglementation en vigueur au profit de certains salariés et ne remettant pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale attachée au financement patronal du présent régime de frais de santé.

Les entreprises qui souhaitent appliquer tout ou partie de ces dérogations au caractère obligatoire de l'adhésion des salariés devront formaliser leur volonté dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Cette formalisation interviendra en adoptant, selon les cas, l'une ou l'autre des procédures admises par la réglementation (convention ou accord collectif, accord référendaire, décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis à chaque salarié concerné). A défaut, l'ensemble des salariés permanents sera tenu d'adhérer au régime.

Le bénéfice des prestations est ouvert aux salariés ayant 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise.

Article 2

Prestations

Ces prestations sont exprimées en complément des remboursements de la sécurité sociale et dans la limite des frais réellement engagés.

Article 2.1

Soins courants de maladie (acceptés par la sécurité sociale)

Consultations, visites (généralistes, spécialistes) :

– 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Analyses, examens de laboratoire :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Actes d'imagerie, actes d'échographie :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Actes techniques médicaux :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Vaccins remboursés :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Pharmacie :

- 100 % du ticket modérateur.

Frais de transport, y compris en hospitalisation :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Participation forfaitaire de 18 € :

- 100 % des frais réels dans la limite de 18 €.

Article 2.2

Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale

Frais de séjour et honoraires médicaux et chirurgicaux :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Chambre particulière sans limite de durée (y compris frais d'accouchement) :

- 45,73 € par jour.

Frais de lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans, sans limite de durée :

- 45,73 € par jour.

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

Article 2.3

Frais dentaires

Les frais dentaires sont pris en charge sans que le total des remboursements du régime de la sécurité sociale ne soit inférieur à 50 % des dépenses, limitées à 2 286,74 € par an et par bénéficiaire des soins :

Consultations, soins courants :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale :

- 322,50 € par prothèse (calculé sur la base d'un SPR 50).

Orthodontie acceptée par la sécurité sociale :

- 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Orthodontie refusée par la sécurité sociale, sur la présentation du refus :

- 580,50 € (calculé sur la base d'un TO 90).

Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale :
– 86,76 € (calculé sur la base d'un SC 12).

Article 2.4

Frais d'optique (par année civile et par bénéficiaire) :

Verres (*) :

– 50 % des frais réels, limités à 304,90 €.

Monture :

– 100 % des frais réels, limités à 121,96 €.

Lentilles remboursées par la sécurité sociale ⁽¹⁾ :

– 50 % des frais réels, limités à 304,90 €.

Lentilles non remboursées par la sécurité sociale :

– 100 % des frais réels, limités à 182,94 €.

Article 2.5

Frais d'orthopédie et appareillage remboursés par la sécurité sociale

300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Article 2.6

Frais d'acoustique remboursés par la sécurité sociale

300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Article 2.7

Forfait naissance

457,35 € par enfant.

Article 2.8

*Frais de cure thermique (acceptée par la sécurité sociale,
par année civile et par bénéficiaire)*

Forfait de 381,12 €.

Article 2.9

*Frais d'obsèques (décès du participant ou d'un de ses bénéficiaires,
à l'exclusion des enfants de moins de 12 ans)*

Forfait de 533,57 € dans la limite des dépenses engagées.

Article 3

Amélioration de la couverture au sein de l'entreprise

Des garanties spécifiques sont prévues avec l'organisme assureur désigné en vue de l'amélioration facultative des prestations prévues à l'article 2 du présent chapitre. Peuvent ainsi être couverts les ayants droit du salarié pour la même garantie ou le salarié et/ou ses ayants droit pour une garantie améliorée.

Chaque entreprise a la possibilité d'améliorer la couverture minimale obligatoire issue du présent accord en adoptant l'un de ces régimes proposés par l'organisme assureur désigné.

(1) Pour l'ensemble de ces dépenses, le cumul des remboursements de l'institution est plafonné à 304,90 € par année civile et par bénéficiaire.

CHAPITRE IV

COTISATIONS

Article 1^{er}

Cotisations assises sur la rémunération

Pour l'application de cet article, il est rappelé que la tranche A correspond à la fraction de la rémunération allant du premier euro au plafond de la sécurité sociale visé à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

Article 1.1

Assiette des cotisations

Les cotisations sont assises sur la rémunération brute annuelle servant de base aux cotisations de la sécurité sociale, limitée à la tranche A.

Article 1.2

Taux et répartition des cotisations

Les entreprises acquittent une cotisation globale de 1,5 % de la tranche A, entièrement à la charge de l'employeur.

1. Garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et décès

Pour les salariés cadres tels que définis à l'article 2.2 du chapitre I^{er}, les cotisations qui s'appliquent sans condition d'ancienneté dans l'entreprise sont les suivantes :

- 1,07 % de la tranche A pendant les 24 premiers mois d'application de ladite convention, en vertu de la convention collective nationale du secteur privé du spectacle vivant ;
- 0,13 % de la tranche A, au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, pendant les 24 premiers mois d'application de la convention collective nationale du secteur privé du spectacle vivant, en vertu du présent accord.

Puis :

- 1,2 % de la tranche A à l'issue des 24 premiers mois.

A l'issue de ces 24 mois, aucune cotisation n'est due dans le cadre du présent accord au titre des garanties incapacité temporaire de travail, la convention collective nationale du secteur privé du spectacle vivant abaissant la franchise de 60 à 30 jours.

Pour les salariés non cadres tels que définis à l'article 2 du chapitre I^{er}, les cotisations qui s'appliquent à compter de 12 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise sont les suivantes :

- 1,07 % de la tranche A pendant les 24 premiers mois d'application de ladite convention, au titre de la convention collective nationale du secteur privé du spectacle vivant ;
- 0,13 % de la tranche A, au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, pendant les 24 premiers mois d'application de la convention collective nationale du secteur privé du spectacle vivant, en vertu du présent accord.

Puis :

- 1,2 % de la tranche A à l'issue des 24 premiers mois.

A l'issue de ces 24 mois, aucune cotisation n'est due dans le cadre du présent accord au titre des garanties incapacité temporaire de travail, la convention collective nationale du secteur privé du spectacle vivant abaissant la franchise de 60 à 30 jours.

2. Garanties frais de soins de santé

L'entreprise cotise à hauteur de 0,3 % de la tranche A, toutes taxes comprises :

- à partir de la date d'affiliation des salariés concernés au présent régime.

Article 2

Cotisation assise sur le plafond de la sécurité sociale

Pour les garanties de frais de santé, les entreprises acquittent, pour les salariés ayant 6 mois d'ancienneté, en plus de la cotisation assise sur la rémunération, une cotisation s'élevant à :

Pour l'année 2013 :

- 1,83 % du plafond de la sécurité sociale, toutes taxes comprises.

Elle se répartit de la façon suivante :

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

Article 3

Spécificités des cotisations de frais de santé

Les cotisations sont exprimées toutes taxes comprises et comprennent en conséquence :

- la taxe spéciale sur les conventions d'assurance applicable aux contrats d'assurance maladie dits "solidaires et responsables" prévue aux articles 991 et 1001 2° *bis* du code général des impôts ;
- la taxe prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dite "taxe CMU".

En outre, la cotisation au régime de frais de soins de santé correspond exclusivement à la garantie minimale obligatoire en faveur du seul salarié.

Cependant, le salarié peut choisir, en contrepartie des cotisations résultant de l'amélioration du régime prévue à l'article 3 du chapitre III :

- de couvrir un ou plusieurs membres de sa famille répondant à la définition des bénéficiaires fixées au contrat d'assurance collective frais de soins de santé ;
- d'opter pour la garantie améliorée, sous réserve que celle-ci ait été mise en place par son employeur.

Sauf accord interne existant au sein de l'entreprise ou décision prise unilatéralement par l'employeur, le coût supplémentaire généré par ces choix est alors en totalité pris en charge par le salarié.

CHAPITRE V

DISPOSITIONS FINALES

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé selon les règles prévues aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail et dénoncé selon les règles prévues aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 à L. 2261-13 du même code.

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 2

Date d'effet. – Durée et dépôt

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Sa date d'effet est celle de l'entrée en vigueur des dispositions liées au régime de prévoyance défini dans la convention collective nationale des entreprises du secteur privé du spectacle vivant datée du 3 février 2012.

Le présent avenant sera déposé en deux 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 aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Fait à Paris, le 3 juillet 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SNDTP.

Syndicats de salariés :

SYNPTAC CGT ;

F3C CFDT ;

SNAPS CFE-CGC ;

SNSV FO ;

SCSL.