

Accord professionnel
INDUSTRIES DU BOIS ET IMPORTATION

ACCORD DU 4 NOVEMBRE 2015
RELATIF À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE
ET À LA CRÉATION D'UN RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650032M

PRÉAMBULE

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles des industries du bois et de l'importation des bois, compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé prévue par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de l'obligation de respecter la couverture minimale de garanties dite « panier de soins ANI », telle que définie par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale ;
- de la fin des clauses de désignation et de migration suite à la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle des employeurs dans le choix de l'organisme assureur qui couvrira l'ensemble de leurs obligations conventionnelles en matière de protection sociale complémentaire ;
- de la nécessité de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables »,

ont décidé de négocier un accord national relatif au panier de soins minimal, afin de pouvoir proposer aux entreprises et salariés des entreprises dont les activités figurent dans le champ d'application du présent accord une offre référencée destinée à leur permettre de disposer d'une réponse adaptée à la généralisation de la couverture complémentaire santé à compter du 1^{er} janvier 2016.

Ils ont convenu de la mise en œuvre de ce socle minimal de garanties par une offre référencée, mais faisant l'objet d'un suivi par les partenaires sociaux de la branche professionnelle.

Ce régime concernera les salariés des entreprises du secteur relevant du champ d'application de l'accord, à l'exclusion de ceux relevant d'autres dispositions conventionnelles spécifiques (exemple : VRP).

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant des activités suivantes.

	RÉFÉRENCE NAPE/ NAF
Importation de bois pour les entreprises ou établissements dont l'activité principale d'approvisionnement résulte de l'achat à l'importation, ou sur les marchés internationaux ; lesdites opérations étant supérieures à 50 % des achats totaux de bois et dérivés du bois	5907/51.5E
Scieries relevant du régime de travail du ministère du travail	4801/20.1A
Fabrication de parquets et lambris en lames	4803/20.1A
Fabrication de parquets assemblés en panneaux	4803/20.3Z
Moulures, baguettes	4803/20.3Z
Bois de placage, placages tranchés et déroulés	4804/20.2Z
Production de charbon de bois	24.1G
Panneaux de fibragglos	4804/26.6J
Poteaux, traverses, bois injectés	4804/20.1A
Application de traitement des bois	4804/20.1B
Emballages en bois (caisses, tonnellerie, emballeurs)	4805/20.4Z
Emballages légers en bois, boîtes à fromage	4805/20.4Z
Palettes	4805/20.4Z
Tourets	4805/20.4Z
Objets divers en bois (matériel industriel, agricole et ménager en bois, bois multiplis multifformes)	4805/20.5Z
Fibre de bois	4807/20.1A
Farine de bois	4807/20.1A
Articles de sport à l'exclusion des ballons, matériels divers pour sports nautiques, matériels de camping	5402/36.4Z
Articles de pêche (pour les cannes et lignes)	5402/36.4Z
Fabrication d'articles en liège	5408/20.5C
Commerce de gros de liège et articles en liège	5907/51.5E
Commerce de détail de liège et articles en liège	6422/51.4S
Fabrication d'articles de brosse : fabrication de balais, de pinceaux et de brosses, même constituant des parties de machines, de balais mécaniques pour emploi à la main, de balais à franges et de plumeaux, de brosses et de pinceaux à peindre, de rouleaux et de tampons à peindre, de raclettes en caoutchouc et d'autres brosses, balais, balayettes, etc., fabrication de brosses à habits et à chaussures	32.91Z

A l'exception des entreprises dont l'activité principale est consacrée au pin maritime dans les zones de la forêt de Gascogne.

Article 2

Bénéficiaires de la garantie « frais de santé »

Le régime complémentaire santé mis en place dans la branche s'applique à toutes les entreprises dont l'activité relève du champ d'application du présent accord.

Les dispositions du présent accord prendront effet en application des dispositions de l'article 11.

Il est rappelé que la complémentaire santé est obligatoire pour tous les salariés, ayant 2 mois d'ancienneté, à l'exception, le cas échéant, de ceux qui peuvent être dispensés d'affiliation dans les conditions exposées à l'article 3 du présent accord.

Cependant, les entreprises ou groupes d'entreprises qui ont mis en place un régime « frais de santé » avant la date d'extension du présent accord ne sont pas tenu(e)s d'appliquer les dispositions du présent accord qui vise le panier de soins minimum obligatoire.

Au cas où une entreprise, notamment du fait de la souscription antérieure à la prise d'effet du présent accord paritaire de branche d'un régime « frais de santé » comportant des garanties supérieures à celles définies dans le présent accord auprès d'un autre organisme assureur, viendrait à rejoindre le régime professionnel, une pesée spécifique du risque représenté par cette entreprise ou cet établissement serait réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation professionnelle.

Dans ce cas, les organismes assureurs calculeront la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes et à la sauvegarde de l'équilibre technique du régime professionnel.

Article 3

Conditions d'exonération d'affiliation

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant les justificatifs nécessaires :

- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- salariés qui bénéficient, y compris en tant qu'ayants droit, à condition de le justifier chaque année, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de garantie « frais de santé » conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion) :
 - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - régime complémentaire « frais de santé » facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le 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 ;

- régime complémentaire « frais de santé » facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Pour les salariés qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, le caractère collectif des garanties n'est pas remis en cause lorsque, pour une garantie donnée, la contribution due par l'employeur fait l'objet d'un partage par quotes-parts entre chacun d'entre eux selon les conditions qu'ils déterminent conjointement.

La mise en œuvre des cas de dispense prévus par le présent article s'entend sans préjudice de l'application aux salariés concernés qui le souhaitent des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 faisant obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif couvrant les risques que ces dispositions mentionnent soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

Article 4

Financement du régime panier de soins minimum

1. Financement du dispositif

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du panier de soins minimum obligatoire « frais de santé » définies par le présent accord, au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

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

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture « frais de santé » à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du panier de soins minimum obligatoire, il devra en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés choisit de les améliorer, une répartition différente plus avantageuse peut être retenue.

2. Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit :

- pour les garanties collectives complémentaires « frais de santé », le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

Article 5

Bénéficiaires du régime local du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-1, 5 °, du code de la sécurité sociale et du 6° du I-A de l'article 1^{er} de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, la couverture complémentaire frais de santé, en application du présent accord, ainsi que la cotisation qui la finance – des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime – sont adaptées compte tenu du niveau des garanties assuré par ce régime local.

Article 6

Loi Evin « frais de santé » et portabilité

6.1. Loi Evin « frais de santé »

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin », et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1^{er} du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux correspondant à la part finançant la couverture du salarié actif.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

6.2. Portabilité

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.
4. Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.
5. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.

6. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Article 7

Comité paritaire de suivi

1. Rôle du comité

Les organisations professionnelles et syndicales signataires du présent accord ont décidé de constituer un comité paritaire de suivi dont les missions sont notamment les suivantes :

- faire le bilan des entreprises et salariés couverts par les dispositifs créés à partir des éléments transmis par le ou les organismes référencés, y compris pour les options qui auront pu être mises en œuvre dans les entreprises à titre facultatif ;
- ces éléments devront indiquer :
 - l'identification des entreprises par secteur d'activité et par secteur géographique (région, département le cas échéant) et le nombre de salariés couverts ;
 - l'indication de l'existence d'un régime spécifique conventionnel local ;
- faire le bilan annuel de l'application de l'accord national du 4 novembre 2015 : évolutions et résultats globaux du régime « frais de santé » mis en place.

Ce bilan comportera la présentation des données par famille professionnelle avec l'état des cotisations encaissées, l'état des prestations versées par poste de dépense ;

- examiner les avis relatifs à l'évolution du régime en fonction des éléments à transmettre à la commission paritaire de suivi de l'accord national du 4 novembre 2015 ;
- vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Le comité paritaire de suivi examinera dans le cadre de sa mission le montant :

- des cotisations perçues ;
- des frais de gestion ;
- des prestations versées ;
- des revalorisations instituées ;
- des différentes provisions constituées ;
- les règles relatives à la constitution des provisions réglementaires et autres ;
- les données démographiques liées au fonctionnement du régime (nombre de salariés, pyramide des âges, répartition hommes-femmes).

A ce titre, il appartiendra au comité paritaire de définir les mesures appropriées qu'il jugera utiles et nécessaires.

2. Composition du comité paritaire de suivi

Il est créé entre les signataires du présent accord un conseil paritaire de suivi composé d'un représentant par organisation syndicale de salariés signataire du présent accord et d'un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs.

Le conseil paritaire de suivi se réunit au moins une fois par an.

Il prend connaissance du bilan annuel établi par le ou les organismes référencés, fait toutes propositions utiles, tant à l'organisme gestionnaire qu'à la commission paritaire plénière.

Article 8

Clauses de réexamen de l'accord « frais de santé »

Le régime « frais de santé » mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'une révision, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en réexaminer, 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 ou des organismes référencés.

En cas de dénonciation du présent accord, de changement d'organisme référencé, les prestations en cours de service seront maintenues par l'organisme quitté à leur niveau atteint à la date de la résiliation.

En tout état de cause, en cas de dénonciation de l'accord par l'organisme gestionnaire ou par les partenaires sociaux qui ont créé le présent régime, l'ensemble des provisions techniques, financières et de gestion constitué auprès de l'ancien organisme devra être transféré auprès du nouvel organisme gestionnaire avec communication de tous les éléments financiers et techniques justifiant la création et le montant desdites provisions.

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par l'accord feront l'objet d'une convention de référencement qui définira entre le ou les organismes référencés et les partenaires sociaux la mise en œuvre et le suivi des dispositions du présent accord.

Article 9

Dispositions communes au dispositif « frais de santé »

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Article 10

Garanties du régime « panier de soins-ANI »

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de la sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

(Voir tableau page suivante.)

		Panier de soins
Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire
Frais Médicaux		
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%	30%
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologue	60%	40%
Analyses, examens de laboratoire	60% ou 70%	40% ou 30%
Radiologie, actes techniques	70%	30%
Actes de prévention responsables ⁽¹⁾	De 35% à 70%	De 65% à 30%
Pharmacie		
Médicaments reconnus comme « majeurs » (ancienne vignettes blanches)	65%	35%
Optique (remboursé par le régime de base)		
Verres + Monture (remboursement complémentaire par le bénéficiaire et pour 2 ans ⁽²⁾)		
Monture + 2 verres simples ⁽³⁾	60%	Crédit de 100€
Monture + 2 verres complexes ⁽⁴⁾	60%	Crédit de 200€
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	60%	Crédit de 150€
Lentilles	60%	40%
Dentaire		
Soins dentaires	70%	30%
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronne implanto-portée)	70%	55%
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100%	55% ou 25%
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives	60% ou 100%	40% à 0%
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60%	40%
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (secteur conventionné)		
Frais de soins et de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%
Forfait journalier (sans limitation de durée)	-	Frais réels
Divers		
Transports remboursés par le régime de base	65%	35%

(1) Actes de prévention (au sens de l'arrêté du 8 juin 2006) :

- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum;
- ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- dépistage Hépatite B ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans;
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(2) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(3) Verres simples : sphère comprise entre -6 ou +6 dioptries ou cylindre < = 4dioptries

(4) Verres complexes :

- verres simple foyer (sphère> -6 ou +6 dioptries ou cylindre> +4 dioptries) ;
- verres multifocaux ;
- verres progressifs.

Article 11

Dispositions diverses

1. Date d'effet

Le présent accord prend effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

2. Dépôt et extension

Les parties signataires demandent à la partie patronale d'effectuer le dépôt à la direction générale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et au greffe du conseil des prud'hommes de Paris ainsi que les procédures de demande d'extension du présent accord.

L'ensemble des partenaires sociaux de la profession recevront copie des récépissés de dépôt et de la demande d'extension.

3. Clause de sauvegarde

Le présent accord ne peut en aucun cas se cumuler avec des dispositions ultérieures de nature législative, réglementaire ou conventionnelle, ayant une incidence sur le présent accord, postérieures à sa date de signature.

Dans cette hypothèse, les partenaires sociaux signataires du présent texte conviennent de se réunir afin de procéder au réexamen de ces dispositions.

4. Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

5. Adhésion

Toute organisation syndicale ou toute entreprise peut adhérer ultérieurement au présent accord dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article L. 2261-3 du code du travail.

Fait à Paris, le 4 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FNB ;
FFB ;
GPFFB ;
FNSL ;
SEI ;
FNIB ;
UNFFB ;
FABOMU ;
UFFEP ;
FNIMTMB ;
FNMIAMB ;
CB ;
SNIELB ;
SNFMF ;
SNAPB ;
FIFAS ;
FBT ;
SNCB ;
FTE.

Syndicats de salariés :

FNCB CFTD ;
FG FO construction.