

BULLETIN OFFICIEL

CONVENTIONS COLLECTIVES



BULLETIN OFFICIEL
CONVENTIONS COLLECTIVES

BULLETIN OFFICIEL CONVENTIONS COLLECTIVES

FASCICULE N° 2016/06 DU 27 FÉVRIER 2016

	<u>Pages</u>
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social....	1
Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	253

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

CONVENTIONS COLLECTIVES

SOMMAIRE DU FASCICULE N° 2016/06

CONVENTIONS, AVENANTS ET ACCORDS

	<u>Pages</u>
Ameublement (négoce [Meurthe-et-Moselle]) : accord du 18 décembre 2015 relatif à la fermeture le dimanche pour l'année 2016.....	4
Assurances et/ou réassurances (entreprises de courtage) : accord du 23 septembre 2015 relatif aux taux de contribution à la formation professionnelle.....	9
Ateliers et chantiers d'insertion : accord du 19 novembre 2015 relatif à l'aménagement du temps de travail	14
Boulangerie et pâtisserie (activités industrielles) : avenant n° 20 du 1 ^{er} décembre 2015 relatif à la prévoyance et aux frais de santé	22
Caisse d'épargne : accord du 22 décembre 2015 relatif à la négociation annuelle obligatoire pour l'année 2016	31
Caoutchouc : accord du 25 novembre 2015 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie et à l'apprentissage.....	33
Cinéma (production) : avenant n° 2 du 3 novembre 2015 portant révision du protocole d'accord collectif du 17 décembre 2007.....	48
Cinéma (production) : accord du 3 novembre 2015 relatif à l'aide au paritarisme.....	50
Commissaires-priseurs judiciaires : adhésion par lettre du 7 janvier 2016 de la FESSAD UNSA à l'accord du 28 septembre 2015 portant sur l'instauration d'un régime de remboursement complémentaire de frais de santé	53
Enseignement privé sous contrat (personnels cadres et assimilés [Ile-de-France]) : accord du 11 février 2015 relatif au régime de prévoyance des personnels cadres et assimilés	54
Enseignement privé sous contrat (personnels non cadres et assimilés [Ile-de-France]) : accord du 11 février 2015 relatif au régime de prévoyance des personnels non cadres et assimilés	63
Enseignement privé sous contrat (personnels cadres et non cadres [Ile-de-France]) : protocole d'accord du 11 mars 2015 relatif à la révision des accords collectifs du 11 février 2015 sur les régimes de prévoyance des personnels cadres et non cadres.....	72
Horlogerie-bijouterie (commerce de détail) : accord du 16 décembre 2015 relatif à la prévoyance	75
Horlogerie-bijouterie (commerce de détail) : accord du 16 décembre 2015 relatif au remboursement des frais de santé.....	88

Hospitalisation privée : avenant n° 4 du 8 décembre 2015 à l'accord du 26 février 2001 relatif au financement du paritarisme.....	105
Hospitalisation privée : accord du 8 décembre 2015 relatif à la mise en œuvre de la commission paritaire nationale de validation	107
Immobilier : avenant n° 66 du 23 octobre 2015 relatif à la commission d'interprétation concernant la date d'application de l'avenant n° 63 du 1 ^{er} juillet 2014 sur le droit syndical	115
Immobilier : avenant n° 67 du 23 novembre 2015 relatif au droit syndical	117
Immobilier : avenant n° 68 du 23 novembre 2015 relatif aux montants forfaitaires de la prime d'ancienneté	120
Lin (rouissage et teillage) : accord du 29 décembre 2015 relatif aux frais de santé et à la prévoyance.....	122
Pharmacie d'officine : avenant du 17 décembre 2015 relatif à la prévoyance et aux frais de soins de santé du personnel cadre	125
Pharmacie d'officine : avenant du 17 décembre 2015 relatif à la prévoyance et aux frais de soins de santé du personnel non cadre	132
Sociaux et socioculturels (centres) : avenant n° 01-16 du 14 janvier 2016 relatif à la prévoyance	136
Thermalisme : accord du 24 novembre 2015 relatif à la généralisation de la couverture de frais de santé.....	150
Travail temporaire (entreprises) : avenant n° 1 du 27 novembre 2015 à l'accord du 17 mai 2013 relatif à la constitution de l'observatoire des métiers et de l'emploi.....	163
Travail temporaire (entreprises) : accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé de salariés intérimaires	165
Travaux publics (cadres) : convention collective nationale des cadres des travaux publics du 20 novembre 2015	182
Universités et instituts catholiques : accord du 13 novembre 2015 relatif à la désignation d'un OPCA.....	251

Brochure n° 3056

Convention collective nationale

IDCC : 1880. – NÉGOCE DE L'AMEUBLEMENT

ACCORD DU 18 DÉCEMBRE 2015
RELATIF À LA FERMETURE LE DIMANCHE POUR L'ANNÉE 2016
(MEURTHE-ET-MOSELLE)

NOR : ASET1650150M
IDCC : 1880

PRÉAMBULE

Les parties signataires, conscientes des nombreux enjeux qui s'attachent au respect du repos dominical et du repos hebdomadaire ;

Considérant que le respect de la règle du repos dominical permet de sauvegarder de nombreux équilibres de la société française liés :

- à des motifs religieux ;
- à un héritage culturel et historique ;
- au nécessaire maintien de la cohésion sociale ;
- à la sauvegarde de la cellule familiale ;
- à la promotion de la vie associative et sportive ;

Considérant que le respect du principe du repos dominical constitue à la fois une règle protectrice des salariés et une condition du maintien d'une concurrence loyale ;

Considérant, d'autre part, la nécessité de satisfaire les besoins essentiels de la population le dimanche et de maintenir une certaine vie sociale et économique, nécessité consacrée par les dérogations de droit des articles L. 3132-12 et R. 3132-5 du code du travail, qui peuvent induire et légitimer des traitements différents selon les professions,

ont estimé nécessaire de conclure le présent accord dans le cadre des dispositions de l'article L. 3132-29 du code du travail.

Article 1^{er}

Champ d'application territorial et professionnel

Le présent accord concerne les entreprises, établissements, magasins et plus globalement toutes surfaces de vente ayant pour activité le commerce de détail de l'ameublement, de l'équipement de la maison et d'articles de décoration (voir champ d'application en annexe).

Il s'applique sur l'ensemble du département de Meurthe-et-Moselle.

Les dispositions qu'il comporte s'appliquent sous réserve de leur conformité aux dispositions conventionnelles conclues au niveau régional ou national.

Article 2

Fermetures dominicales

Après avoir constaté que l'article L. 3132-12 du code du travail, complété par l'article R. 3132-5 du code du travail, permet aux établissements de commerce de détail de l'ameublement de pouvoir de plein droit déroger à la règle du repos dominical, les parties au présent accord souhaitent que le repos dominical soit respecté 44 dimanches par an les années comptant 52 dimanches, et 45 dimanches par an les années comptant 53 dimanches.

La partie la plus diligente saisira monsieur le préfet de Meurthe-et-Moselle, à l'effet de consacrer les dispositions ci-dessus par un arrêté de fermeture pris sur le fondement de l'article L. 3132-29 du code du travail.

Article 3

Dates d'ouverture

Les organisations signataires, représentant l'ensemble de la profession du meuble, s'engagent à faire respecter le calendrier d'ouverture suivant :

- les trois dimanches de décembre précédant Noël ;
- cinq dimanches laissés à disposition et tenant compte des spécificités commerciales de chaque enseigne, après information de l'organisation professionnelle et de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Meurthe-et-Moselle (DIRECCTE).

Aucune dérogation particulière ne pourra être sollicitée sur la base d'un autre article du code du travail.

Article 4

Contreparties et autres garanties au travail du dimanche

Seuls les salariés volontaires pourront travailler le dimanche dans le cadre du présent accord.

Les contreparties au travail du dimanche des salariés sont ainsi définies :

Sous réserve des dispositions plus favorables prévues par accord de branche, accord d'entreprise ou d'établissement ou par voie d'entente directe entre employeur(s) et salarié(s).

1° L'amplitude de la journée de travail le dimanche est limitée à 8 heures, pauses contractuelles ou conventionnelles comprises ;

2° Sauf volontariat, aucun salarié ne pourra être occupé plus de 2 dimanches consécutifs et travailler plus de 3 dimanches par an ;

3° Le travail d'un jour férié est interdit dans la semaine précédant ou suivant le dimanche travaillé par le salarié ;

4° Chaque salarié privé du repos du dimanche doit bénéficier d'une majoration de salaire de 100 % des heures travaillées sans que la rémunération de la journée puisse être inférieure à 1/30 de son salaire mensuel ou à la valeur d'une journée de travail si l'intéressé est payé au forfait.

5° Chaque salarié privé du repos hebdomadaire doit bénéficier d'un repos compensateur équivalent aux heures travaillées le dimanche et à prendre dans les 15 jours qui précèdent ou qui suivent le dimanche travaillé ;

6° Il est interdit d'occuper plus de 6 jours par semaine un même salarié ;

7° Le repos hebdomadaire a une durée minimale de 24 heures consécutives auxquelles s'ajoutent les 11 heures consécutives de repos quotidien.

Article 5

Conditions d'application

Chacune des organisations signataires, convaincue de l'importance des enjeux de conditions de travail et de concurrence loyale entre entreprises, s'engage à soutenir par les moyens les plus appropriés les actions visant les entreprises ne respectant pas leur obligation de fermeture.

Article 6

Commission de suivi

Une commission de suivi paritaire est constituée.

Elle est composée des représentants des organisations représentatives au niveau national.

La présidence est assurée par le président de la chambre régionale du négoce de l'ameublement.

La DIRECCTE (ou son représentant) est invitée à participer à ces réunions.

La commission se réunit au moins une fois l'an et examine les conditions dans lesquelles les entreprises, d'une part, ont respecté leurs obligations de fermeture dominicale et, d'autre part, ont appliqué les clauses de l'accord aux salariés concernés.

Elle peut également être amenée à discuter des périodes d'ouverture afin de choisir de nouvelles dates dans le cadre du nombre fixe des 8 dimanches annuels.

Toute modification donnera lieu à un avenant au présent accord.

A cette occasion, la chambre régionale du négoce de l'ameublement et de l'équipement de la maison, avec le concours de la DIRECCTE de Meurthe-et-Moselle, présente aux organisations syndicales un bilan d'application du présent accord.

Article 7

Durée. – Révision. – Extension

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter du 1^{er} janvier 2016. Il pourra être révisé à tout moment à la demande de l'une des parties syndicales.

Il pourra être dénoncé à tout moment avec un préavis de 3 mois par l'une ou l'autre des parties signataires. La dénonciation sera effectuée par lettre recommandée avec avis de réception et déposée auprès de la direction générale du travail, service dépôt, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15. Une copie pour information sera adressée à la DIRECCTE de Meurthe-et-Moselle.

La lettre de dénonciation fera courir un délai de survie de l'accord de 12 mois à compter de l'expiration du délai de préavis pendant lequel l'accord restera en vigueur. Pendant ce délai, une négociation devra s'engager à l'initiative de la partie la plus diligente.

Article 8

Publicité. – Dépôt

Le présent accord sera notifié par la chambre régionale du négoce de l'ameublement à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

Il sera déposé par la chambre régionale du négoce de l'ameublement auprès de la direction générale du travail, service dépôt, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15, et au greffe du conseil de prud'hommes de Nancy.

Fait à Vandœuvre-lès-Nancy, le 18 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CRAEM Est.

Syndicats de salariés :

CFDT 54-55 ;

UD FO 54 ;

UD CFTC de Meurthe-et-Moselle ;

UD CFE-CGC 54.

CHAMP CONVENTIONNEL

Le présent accord règle sur l'ensemble du territoire national, dont les DOM et les collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon, les rapports entre les salariés et les employeurs dont l'activité professionnelle exclusive ou principale est référencée sous les codes NAF suivants :

ACTIVITÉS ENTRANT DANS LE CHAMP D'APPLICATION DE LA PRÉSENTE CONVENTION	CODE NAF
Commerce de détail de l'ameublement	47.59A
Commerce de détail des luminaires	47.59B
Commerce de détail de tapis et moquettes	47.53Z
Commerce de détail des meubles et sièges en vannerie	47.59A et 47.59B
Centrales et groupements d'achats des professions visées par la présente convention	46.19A
Commerce de gros en ameublement	46.47Z
Intermédiaires du commerce en meubles	46.15Z
Entrepôts d'ameublement	52.10B
Syndicats professionnels des professions entrant dans le champ d'application de la convention	94.11Z
Location de meubles et sièges	77.29Z

Brochure n° 3110

Convention collective nationale

**IDCC : 2247. – ENTREPRISES DE COURTAGE D'ASSURANCES
ET/OU DE RÉASSURANCES**

ACCORD DU 23 SEPTEMBRE 2015

RELATIF AUX TAUX DE CONTRIBUTION À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

NOR : ASET1650128M

IDCC : 2247

La loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale a fixé de nouveaux taux de contribution des entreprises à la formation professionnelle continue.

Ces dispositions législatives seront applicables à compter du 1^{er} janvier 2016, rendant caducs les accords conventionnels conclus sur ce sujet et antérieurs à la loi nouvelle. C'est ainsi que l'accord conclu le 9 janvier 2012, étendu par arrêté du 10 août 2012 (*Journal officiel* du 19 août 2012), cessera de produire ses effets à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle des entreprises du courtage d'assurances et/ou de réassurances, conscients des enjeux attachés à la formation professionnelle continue des salariés, ont souhaité maintenir un effort des entreprises à son financement tout en l'adaptant aux besoins des entreprises et à la réalité des services apportés par l'OPCA désigné par la branche.

Les partenaires sociaux rappellent toute l'importance qu'ils accordent à la formation professionnelle :

- facteur de développement des connaissances, des qualifications et des compétences des salariés ;
- facteur d'évolution de carrière et de promotion sociale ;
- facteur d'adaptation des entreprises aux mutations économiques et technologiques ;
- facteur de maintien et de développement de l'emploi ;
- facteur de mobilité tant professionnelle que géographique.

Il est rappelé que l'ensemble des entreprises du secteur d'activité du courtage d'assurances et/ou de réassurances doit adhérer à l'OPCA désigné par la branche comme unique organisme collecteur des fonds affectés à la formation continue des salariés.

En conséquence, les partenaires sociaux du courtage d'assurances et de réassurances ont convenu ce qui suit.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le champ d'application du présent accord est celui fixé à l'article 1^{er} de la convention collective du 18 janvier 2002.

Article 2

Objet

Le présent accord a pour objet de fixer et de ventiler les taux, exprimés en pourcentage de la masse salariale, de contribution au financement de la formation professionnelle que les entreprises de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances doivent acquitter chaque année.

Article 3

Ventilation des contributions des entreprises de moins de 10 salariés

Les contributions des entreprises de moins de 10 salariés sont ventilées de la façon suivante :

(En pourcentage.)

ENTREPRISES EMPLOYANT MOINS DE 10 SALARIÉS	
Répartition de la contribution	Pourcentage de la masse salariale (comprenant les taux légaux) à compter du 1 ^{er} janvier 2016
Professionalisation	0,15
Plan de formation	0,85

Article 4

Ventilation des contributions des entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 10 salariés et inférieur à 20 salariés

Les contributions des entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 10 salariés et inférieur à 20 salariés sont ventilées de la façon suivante :

(En pourcentage.)

ENTREPRISES DONT L'EFFECTIF EST SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 10 SALARIÉS ET INFÉRIEUR À 20 SALARIÉS	
Répartition de la contribution	Pourcentage de la masse salariale (comprenant les taux légaux) à compter du 1 ^{er} janvier 2016
Professionalisation	0,30
Plan de formation	0,50
Compte personnel de formation	0,20
Congé individuel de formation	0,15
FPSP	0,15

Article 5

Ventilation des contributions des entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 20 salariés et inférieur à 50 salariés

Les contributions des entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 20 salariés et inférieur à 50 salariés sont ventilées de la façon suivante.

(En pourcentage.)

ENTREPRISES DONT L'EFFECTIF EST SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 20 SALARIÉS ET INFÉRIEUR À 50 SALARIÉS	
Répartition de la contribution	Pourcentage de la masse salariale (comprenant les taux légaux) à compter du 1 ^{er} janvier 2016
Professionalisation	0,30
Plan de formation	0,50
Compte personnel de formation	0,20
Congé individuel de formation	0,15
FPSP	0,15

Article 6

Ventilation des contributions des entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 50 salariés et inférieur à 300 salariés

Les contributions des entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 50 salariés et inférieur à 300 salariés sont ventilées de la façon suivante :

(En pourcentage.)

ENTREPRISES DONT L'EFFECTIF EST SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 50 SALARIÉS ET INFÉRIEUR À 300 SALARIÉS	
Répartition de la contribution	Pourcentage de la masse salariale (comprenant les taux légaux) à compter du 1 ^{er} janvier 2016
Professionalisation	0,30
Plan de formation	0,40
Compte personnel de formation	0,20
Congé individuel de formation	0,20
FPSP	0,20

La cotisation relevant du plan de formation et devant être versée par ces entreprises à l'OPCA désigné par la branche est égale au minimum à 25 % de la contribution conventionnelle obligatoire.

Le reliquat des contributions sera utilisé librement par ces entreprises dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Article 7

Ventilation des contributions des entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 300 salariés

Les contributions des entreprises de 300 salariés et plus sont ventilées de la façon suivante.

(En pourcentage.)

ENTREPRISES EMPLOYANT 300 SALARIÉS ET PLUS	
Répartition de la contribution	Pourcentage de la masse salariale (comprenant les taux légaux) à compter du 1 ^{er} janvier 2016
Professionalisation	0,40
Plan de formation	0

ENTREPRISES EMPLOYANT 300 SALARIÉS ET PLUS	
Répartition de la contribution	Pourcentage de la masse salariale (comprenant les taux légaux) à compter du 1 ^{er} janvier 2016
Compte personnel de formation	0,20
Congé individuel de formation	0,20
FPSP	0,20

Article 8

Dispositions spécifiques applicables aux entreprises employant 300 salariés et plus

Il est décidé que les entreprises de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances employant 300 salariés et plus n'auront plus l'obligation d'acquitter de contribution au financement de la formation professionnelle afin de financer le plan de formation.

Cependant, elles pourront procéder à des versements volontaires auprès de l'OPCA désigné par la branche et se réinscrire dans l'accompagnement de l'OPCA.

En contrepartie, chacune de ces entreprises devra transmettre au secrétariat de la CPNEFP de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances les informations suivantes qui porteront sur les 2 années précédentes, au plus tard le 15 juin de chaque année :

- dans le cadre du plan de formation : taux d'accès à la formation et répartition par sexe au cours de l'année civile N en précisant le taux d'accès des salariés âgés de 45 et plus ;
- dans le cadre du plan de formation : nombre de stagiaires de la formation et répartition par sexe prévus au cours de l'année civile N ;
- dans le cadre du plan de formation : nombre d'heures de formation dont le financement est assuré dans le cadre du plan de formation au cours de l'année civile N ;
- dans le cadre du plan de formation : la répartition des catégories d'actions de formation selon qu'il s'agit d'adaptation au poste de travail ou de maintien dans l'emploi dans l'entreprise ou bien de développement des compétences ;
- dans le cadre du plan de formation : le suivi des actions certifiantes et des actions qualifiantes.

La CPNEFP analysera et restituera annuellement ces informations à la commission paritaire de branche.

Consciente des enjeux pour ces entreprises, la branche fixe un objectif annuel de taux d'accès à la formation, dans le cadre du plan de formation, de 12 %, sans que ce taux puisse être inférieur à celui constaté en 2014 pour les entreprises de 50 salariés et plus qui était de 9 %.

Article 9

Entrée en vigueur

Le présent accord prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2016 sous réserve d'avoir fait l'objet d'un arrêté d'extension. A défaut d'extension, cet accord n'entrera pas en vigueur.

Article 10

Durée

L'accord est conclu pour une durée de 2 ans.

Article 11

Dépôt. – Extension

La partie patronale s'engage à faire étendre le présent accord dès sa signature.

Fait à Paris, le 23 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CSCA.

Syndicats de salariés :

SNECAA CFE-CGC ;

FBA CFDT ;

SN2A CFTC.

Brochure n° 3379

Convention collective nationale

IDCC : 3016. – ATELIERS ET CHANTIERS D'INSERTION

ACCORD DU 19 NOVEMBRE 2015

RELATIF À L'AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

NOR : ASET1650137M

IDCC : 3016

Entre :

Le SYNESI,

D'une part, et

La PSTE CFDT ;

La FPSE CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Preamble

L'accord-cadre couvre le champ d'application de la convention collective nationale des ateliers et chantiers d'insertion (IDCC 3016).

Le présent accord de branche a pour objet de définir les modalités d'aménagement du temps de travail et d'organiser la répartition de la durée du travail sur une période supérieure à la semaine et au plus égale à l'année.

Il concerne l'ensemble des salariés de la structure, à temps complet ou à temps partiel.

Cet accord de branche est conclu dans une approche tendant à la fois à assurer l'accompagnement des salariés en parcours professionnel et à préserver les équilibres économiques et sociaux de l'association tout en tenant compte des activités saisonnières, des variations climatiques et de l'accompagnement des salariés en parcours professionnel. Cette approche doit favoriser également une meilleure harmonisation entre la vie personnelle et la vie professionnelle des salariés. L'accord s'attache à respecter les textes en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Les variations d'horaires sont applicables à l'ensemble des salariés en fonction des horaires inscrits dans leur contrat de travail.

Article 2

Définition du temps de travail effectif

Les ateliers et chantiers d'insertion relèvent de la convention collective nationale des ateliers et chantiers d'insertion (IDCC 3016).

Le temps de travail effectif se définit comme le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer à des occupations personnelles.

La notion de temps de travail effectif ne doit pas être confondue avec le temps de présence sur le lieu de travail.

Ainsi, le temps consacré au déjeuner et les temps de pause, c'est-à-dire tous les temps pendant lesquels le salarié n'exécute pas son travail et n'est pas à la disposition de l'entreprise dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions, se trouvent exclus du temps de travail effectif.

Article 3

Déplacement

Il est précisé que les temps de déplacements effectués par le salarié pour se rendre de son domicile à son lieu de travail ou en revenir ne sont pas considérés comme du temps de travail effectif.

Les temps de déplacements effectués à l'intérieur de la journée de travail sont considérés comme du temps de travail effectif.

Article 4

Calcul de la durée du travail pour les salariés dont le temps est décompté en heures

4.1. Salariés concernés

Est compris dans cette catégorie l'ensemble du personnel à temps complet et à temps partiel de la structure, dont les cadres ne relevant pas d'une convention de forfait en jours.

Sont considérés comme travaillant à temps partiel les salariés dont la durée de travail est inférieure à la durée légale de travail, qui est de 35 heures hebdomadaires. Les horaires de travail des salariés à temps partiel pourront varier sur tout ou partie de l'année.

Pendant une durée de 6 mois ou plus, les salariés pourront travailler selon différents types d'horaires qui feront l'objet d'un avenant. Les variations d'horaires se situeront dans la limite globale inscrite au contrat de travail et pour la durée de ce dernier.

4.1.1. Durée du travail

L'aménagement du temps de travail a pour objet de prendre en compte les supports liés à l'activité saisonnière et doit permettre de faire varier la durée hebdomadaire ou mensuelle fixée au contrat sur une période supérieure à la semaine et au plus égale à l'année.

La durée du travail est organisée de la manière suivante :

- la durée hebdomadaire du temps de travail effectif est de 35 heures ;
- la durée annuelle du travail effectif est de 1 607 heures incluant la journée de solidarité ;
- la convention collective nationale des ateliers et chantiers d'insertion prévoit que la durée de travail peut être répartie de manière égale ou inégale jusqu'à 6 jours par semaine.

En cas de modification de planning ou d'horaire, le délai de prévenance sera de 3 jours ouvrés.

4.1.2. Modalités de décompte des jours travaillés

La direction tient à jour la comptabilité des heures travaillées permettant d'établir que le plafond annuel de référence de 1 607 heures est bien respecté. Cette comptabilité sera conservée pendant 5 ans.

En ce qui concerne les salariés à temps partiel, le plafond annuel sera établi en fonction de la durée de travail inscrite au contrat de travail et pour la durée de celui-ci, sans toutefois atteindre 35 heures.

4.1.3. Rémunération

La rémunération des salariés sera lissée quelles que soient les variations d'horaires mises en place par la structure.

Les congés et absences rémunérés de toute nature sont payés sur la base du salaire mensuel lissé.

4.1.4. Prise en compte des absences et des entrées-sorties

Pour les congés et absences non rémunérés, chaque heure non effectuée est déduite de la rémunération mensuelle lissée sur la base de l'horaire réellement prévu.

4.1.5. Heures supplémentaires

Conformément aux dispositions légales, la notion d'heures supplémentaires s'applique aux salariés à temps complet dont le temps de travail est décompté en heures.

Il est convenu que seules sont considérées comme heures supplémentaires les heures effectuées sur demande écrite de la hiérarchie :

- au-delà de 35 heures sur une semaine isolée ;
- au-delà de 1 607 heures par an.

Les heures supplémentaires s'effectueront dans la limite autorisée de 150 heures par an et par salarié.

Les heures supplémentaires effectuées par les salariés à temps complet seront majorées à hauteur de 12 % ou feront l'objet en priorité d'une récupération en temps majoré sur les mêmes bases.

4.1.6. Heures complémentaires

Les heures complémentaires sont les heures effectuées au-delà de 1/3 des horaires inscrits au contrat de travail. Elles ne peuvent avoir pour effet de porter la durée du travail à un niveau égal ou supérieur à 35 heures.

Ces heures complémentaires peuvent être calculées à la semaine ou au mois.

Elles sont majorées de 10 % en deçà de 1/3 de la durée de travail contractuelle et de 12 % au-delà du plafond.

Article 5

Calcul de la durée du travail pour les salariés dont le temps est décompté en jours

5.1. Salariés concernés

Ce sont les cadres relevant de l'emploi repère « directeur » quel que soit le niveau et éventuellement l'emploi repère « coordinateur » de niveau C disposant d'une convention de forfait.

5.1.1. Modalités d'organisation du temps de travail

Les salariés sous convention de forfait bénéficient d'un décompte annuel de leur temps de travail sur la base d'un forfait de 218 jours travaillés par an.

Leur temps de travail doit être enregistré.

Chaque année les salariés au forfait en jours doivent être reçus en entretien individuel par l'employeur. Cet entretien est l'occasion d'aborder la charge de travail du salarié, l'organisation du travail dans l'entreprise, l'articulation entre les vies personnelle et familiale et la rémunération du salarié.

Les salariés devront organiser leur temps de travail à l'intérieur de ce forfait annuel.

Le plafond de 218 jours ne pourra être dépassé qu'en cas d'accord entre la direction et le cadre conformément aux dispositions de l'article L. 3121-45 du code du travail.

5.1.2. Organisation des jours de repos

Le nombre de jours de repos sera déterminé en fonction du nombre de jours travaillés sur l'année. Il est calculé chaque année selon l'exemple indiqué en annexe I.

5.1.3. Rémunération

La rémunération des salariés est maintenue dans son intégralité pendant les jours de repos.

5.1.4. Prise en compte des absences et des entrées-sorties

Chaque journée d'absence non assimilée à du temps de travail effectif par une disposition légale, réglementaire, s'impute proportionnellement sur le nombre global de jours à travailler dans l'année.

Article 6

Complément d'heures

La durée hebdomadaire ou mensuelle de travail des salariés à temps partiel pourra être augmentée temporairement d'un complément d'heures. Les heures travaillées par le salarié seront rémunérées au taux normal. Toute heure travaillée au-delà de 1/3 des horaires contractuels constituera une heure complémentaire entraînant une majoration salariale d'au moins 12 %.

Un avenant contractuel précisant le motif du recours au complément d'heures et la rémunération devra être signé par le salarié.

Le nombre d'avenants pouvant être conclus sera de huit par année civile et par salarié.

Article 7

Journée de solidarité

Les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de l'année en cours, ont déjà accompli chez leur précédent employeur la journée de solidarité n'auront pas à accomplir une nouvelle journée de solidarité. Ils devront justifier de la réalisation de ladite journée chez leur ancien employeur.

Article 8

Intempéries

Les rigueurs climatiques telles que verglas, pluie, neige, canicule et tous autres éléments constituent des intempéries. Ces cas de force majeure empêchent les salariés de se rendre sur leur lieu de travail ou de l'exécuter.

Il est convenu que les heures perdues au titre des intempéries seront récupérées dans les 2 mois qui suivent la fin de celles-ci.

Article 9

Compte épargne-temps

Chaque structure pourra décider de créer un compte épargne-temps. Celui-ci a pour finalité de permettre aux salariés d'accumuler des congés rémunérés, de se constituer une épargne, de « monétiser » le compte épargne-temps.

9.1. Capitalisation. – Conditions d'épargne

Les salariés qui le souhaiteront pourront capitaliser chaque année :

- les jours de congés acquis excédant 20 jours ouvrés ou 24 jours ouvrables ;
- les congés de fractionnement ;
- la moitié des heures supplémentaires effectuées et majorées dans la limite de 75 heures ;
- les majorations accompagnant les heures supplémentaires et complémentaires ;
- les compléments d'heures.

Avant de pouvoir en bénéficier, le salarié est tenu d'épargner pendant 9 mois ou plus.

Les salariés n'auront pas obligation d'alimenter le CET de façon identique chaque année.

9.2. Utilisation des congés capitalisés

Les congés capitalisés pourront être utilisés dans le cadre :

- du terme du contrat ou lors d'un départ en retraite ;
- d'un congé parental d'éducation ;
- d'un congé pour soigner un enfant handicapé ou accompagner un parent en fin de vie ;
- d'un projet pour création ou reprise d'entreprise ;
- d'un congé sabbatique ;
- d'un congé de solidarité internationale ;
- d'un passage à temps partiel ;
- d'une période de formation en dehors du temps de travail ;
- d'heures perdues au titre de l'activité partielle dans le cadre du chômage.

Les congés ainsi capitalisés seront à prendre dans les 2 ans, exception faite des salariés âgés de plus de 55 ans.

9.3. Délai de prévenance

Le salarié devra prévenir sa hiérarchie, par écrit, 6 mois avant la prise du congé.

9.4. Rémunération

Lors de la prise des congés, le salarié continue à percevoir sa dernière rémunération pendant la durée des droits acquis.

9.5. Conversion des congés capitalisés en unités monétaires

Les congés capitalisés pourront être convertis en unités monétaires :

- dans le cadre du CESU permettant le financement de prestations de services à la personne à hauteur de 50 % des droits (décret n° 2014-1535 du 17 décembre 2014) ;
- pour tout ou partie d'une dette avant saisie d'huissier ou dossier de surendettement ;
- pour règlement, à hauteur de 50 %, de factures d'eau, d'électricité ou de quittances de loyer impayées et soumises à pénalités financières. Les sommes figureront sur la fiche de paie en avants en nature.

9.6. Abondement de l'employeur

Les congés capitalisés seront abondés par l'employeur à hauteur de 1 jour par tranche de 25 jours capitalisés.

Article 10

Dépôt. – Durée. – Date d'application. – Extension

10.1. Dépôt

Le présent accord est déposé en deux exemplaires, dont une version en support papier signée des parties et une version sur support électronique, par la partie signataire la plus diligente auprès de la direction générale du travail.

Un exemplaire sera remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

10.2. Durée. – Révision. – Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et se substitue dès sa date d'application, dans les conditions prévues, d'une part, à l'article L. 2261-9 du code du travail et, d'autre part, par la jurisprudence en matière d'accord, et d'usages, à l'ensemble des accords applicables jusqu'à sa prise d'effet.

Il obéit aux mêmes dispositions en matière de durée, de dénonciation et de révision que la convention collective nationale des ateliers et chantiers d'insertion (IDCC 3016).

10.3. Date d'entrée en application

Le présent accord entre en application à la date de signature pour les adhérents au syndicat et à extension de l'accord pour les non-adhérents.

10.4. Extension

Les parties conviennent qu'elles demanderont l'extension du présent accord.

L'extension produira ses effets le premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de l'arrêté portant extension de ses dispositions.

Fait à Paris, le 19 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

CALCUL DU TEMPS DE TRAVAIL « EFFECTUÉ » POUR LES CADRES

Exemple pour l'année 2015

Nombre de jours de l'année	365
Nombre de samedis et dimanches	104
Nombre de jours ouvrés de congés payés	25
Nombre de jours fériés tombant entre le lundi et le vendredi	9
Nombre de jours ouvrés pouvant être travaillés	227
Nombre de jours du forfait	218
Nombre de jours de repos	9

ANNEXE II

TEMPS DE TRAVAIL « PAYÉ »

35 heures par semaine \times 52 semaines = 1 820 heures.

Brochure n° 3102

Convention collective nationale
IDCC : 1747. – ACTIVITÉS INDUSTRIELLES
DE BOULANGERIE ET PÂTISSERIE

AVENANT N° 20 DU 1^{ER} DÉCEMBRE 2015
RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650145M

IDCC : 1747

Entre :

La FEBPF ;

Le GITE,

D'une part, et

La FGTA FO ;

La CSFV CFTC ;

La FNAA CFE-CGC ;

La FGA CFDT ;

La FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Les parties conviennent de substituer aux articles suivants de la convention collective des activités industrielles de boulangerie-pâtisserie les articles ci-après :

« 120.2. Cotisations

Les cotisations sont calculées sur la rémunération brute annuelle, toutes primes et indemnités confondues, supportant les charges sociales.

Elles sont partagées entre l'employeur et le salarié à raison de :

– 1/3 à la charge du salarié ;

– 2/3 à la charge de l'employeur.

L'affectation des cotisations aux diverses prestations du régime est fixée comme suit.

(En pourcentage.)

	EMPLOYEUR	SALARIÉ
Décès	0,100	0,039
Rente éducation	0,043	0,017
Allocation obsèques	0,007	0,003
Incapacité de travail	0	0,274
Invalidité	0,547	0
Total	0,697	0,333

Les cotisations sont réglées par l'entreprise par trimestre à terme échu.

Dans le prolongement de l'article 26 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, un complément de provisions mathématiques doit être constitué par les organismes assureurs au titre du maintien de la garantie décès et des arrêts de travail survenus au 31 décembre 2010 pour les contrats conclus avant cette date.

En cas de dénonciation du régime de prévoyance de la boulangerie industrielle ou de changement des organismes assureurs désignés avant la constitution des provisions mathématiques finançant le passif résultant de la loi portant réforme des retraites, une indemnité de résiliation est due dont le montant est égal à la différence entre le montant des provisions techniques à constituer, permettant de couvrir intégralement les engagements relatifs à la poursuite des prestations "incapacité" et "invalidité" et au maintien de la garantie décès, et le montant des provisions techniques effectivement constituées au jour de la dénonciation, et ce au titre des incapacités et invalidités en cours à la date de la dénonciation. »

« 122.1. Portabilité des droits

Sont bénéficiaires des régimes de prévoyance du présent chapitre les anciens salariés des entreprises de la branche dont la rupture du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvre droit au régime d'indemnisation de l'assurance chômage.

Ils bénéficient du maintien des garanties dès le lendemain de la fin de leur contrat de travail.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois.

Le maintien des garanties est obligatoire.

Les anciens salariés susvisés devront fournir chaque mois à l'assureur un document attestant de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le bénéfice des régimes cessera dans les hypothèses suivantes :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle et de cessation concomitante du bénéfice du régime d'assurance chômage. Dans une telle hypothèse, il appartiendra au salarié concerné d'en informer l'entreprise ou l'assureur et de transmettre le justificatif de cessation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de décès.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré dans le cadre de la mutualisation du régime.

L'indemnisation au titre de la garantie incapacité de travail telle que définie aux articles 120.1.3 et 121.1.4 interviendra à compter du 91^e jour d'incapacité de travail continue.

Les prestations sont versées jusqu'au 1 095^e jour d'incapacité ou jusqu'à la mise en invalidité et au plus tard à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

En tout état de cause, l'indemnisation prévue ne peut conduire l'intéressé à percevoir une indemnisation supérieure au montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle il ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité. »

« 125.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

En application des dispositions légales et réglementaires, le présent régime de remboursement de frais de santé bénéficie obligatoirement aux salariés titulaires d'un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, y compris les salariés en arrêt maladie indemnisés, directement par l'entreprise ou indirectement par un organisme tiers, à la date de prise d'effet des présentes dispositions.

Les salariés en suspension du contrat de travail sans rémunération, ni revenu de substitution provenant d'un régime de prévoyance, à la date d'application des présentes dispositions ne bénéficieront pas des garanties du présent régime le temps de leur absence non indemnisée, à l'exception de ceux qui souhaitent y adhérer en assurant entièrement à leur charge les cotisations. »

« 125.2. Dérogations au caractère obligatoire

Certains salariés ont la faculté, s'ils le souhaitent, de ne pas adhérer au présent régime, sans pour autant remettre en cause le caractère obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée et les travailleurs saisonniers, étant précisé que ces derniers, dès lors qu'ils sont titulaires d'un contrat à durée déterminée de moins de 12 mois, bénéficient d'une dispense d'affiliation qui est de droit ;
- les salariés à temps très partiel ou apprentis, à l'exclusion des salariés à employeurs multiples qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération, l'employeur pouvant dans ce cas décider d'acquitter la part salariale de cotisation ;
- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire instituée dans le cadre de la couverture maladie universelle ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- les salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent régime ou au moment de leur embauche si elle est postérieure, d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement de frais de santé au titre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples) ;
- les salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent régime ou au moment de leur embauche si elle est postérieure, d'une couverture complémentaire individuelle de remboursement de frais de santé au titre d'un contrat d'assurance individuel. Cette dispense d'affiliation sera temporaire pour la durée restant à courir jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent régime ou au moment de leur embauche si elle est postérieure, d'une couverture complémentaire obligatoire familiale de remboursement de frais de santé par leur conjoint.

Dans le cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise, compte tenu du fait que la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément. Dans les deux cas, le caractère obligatoire n'est pas remis en cause et les contributions versées par l'employeur, soit pour le couple, soit pour chacun des membres du couple, bénéficient de l'exclusion d'assiette.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au présent régime, auprès de leur employeur, dans la limite d'un délai de 1 mois à la date de mise en place du régime de l'entreprise ou, pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 1 mois courant à compter de leur embauche. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En outre, ils seront tenus de communiquer, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation. A défaut, ils seront tenus d'adhérer et de cotiser au régime. »

« 128.1. Garanties

Les garanties 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 prise d'effet. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

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 sécurité sociale 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 régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties visé ci-dessous.

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 sécurité sociale au titre du risque maternité.

L'organisme assureur verse, en cas de naissance d'un enfant du salarié, viable ou mort-né, une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du participant est également versé en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	130 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC)	250 % de la BR médecins adhérents CAS	
Actes d'anesthésie (ADA)	200 % de la BR médecins non adhérents CAS	
Autres honoraires		
Chambre particulière	28,00 € par jour	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels par jour et dans la limite de la réglementation en vigueur	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans (sur présentation d'un justificatif)	35,00 € par jour	
Transport remboursé sécurité sociale	100 % de la BR	
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	100 % de la BR	
Spécialistes (consultations et visites)	100 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC)	100 % de la BR	
Actes techniques médicaux (ATM)	100 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI)		

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Actes d'échographie (ADE)	100 % de la BR	
Auxiliaires médicaux		
Analyses	100 % de la BR	
Actes médicaux non remboursés sécurité sociale		
Chirurgie réfractive des yeux (myopie, presbytie, astigmatisme et hypermétropie)	Crédit annuel par bénéficiaire de 7 % du PMSS par œil	
Pharmacie remboursée sécurité sociale	100 % de la BR	
Pharmacie non remboursée sécurité sociale		
Contraceptifs (pilules et patchs) non remboursés par la sécurité sociale et patchs antitabac	Crédit annuel par bénéficiaire de 1 % du PMSS	
Dentaire		
Soins dentaires (à l'exception des inlays simples, onlays)	100 % de la BR	
Inlay simple, onlay	100 % de la BR	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	200 % de la BR	
Inlay core	200 % de la BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale ⁽²⁾	110 % de la BR	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	180 % de la BR	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	110 % de la BR	
Prothèses non dentaires (acceptées sécurité sociale)		
Prothèses auditives	100 % de la BR plus crédit annuel par bénéficiaire de 1 000,00 €	
Orthopédie et autres prothèses		
Optique : pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue		
Monture	100 % de la BR plus 2,5 % du PMSS par bénéficiaire	
Verres	100 % de la BR plus montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre ⁽⁴⁾	
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	100 % de la BR plus un crédit annuel par bénéficiaire de 5 % du PMSS	
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel par bénéficiaire de 7 % du PMSS	
Cure thermique (acceptée sécurité sociale)		
Frais de traitement et honoraires	Néant	
Frais de voyage et hébergement	Néant	

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré	100,00 €	
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie	30,00 € par acte, limité à 4 actes par année civile.	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 ⁽³⁾	100 % de la BR	

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels engagés par l'assuré.

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM : ticket modérateur, soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS).

CAS : contrat d'accès aux soins.

(1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de travail / maladie professionnelle et maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;
- prothèses supra-implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;
- bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) Liste des actes de préventions :

- a) Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans
- b) Détartrage annuel complet sus-et sous-gingival effectué en 2 séances maximum
- c) Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans
- d) Dépistage de l'hépatite B
- e) Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - I. – Audiométrie tonale ou vocale
 - II. – Audiométrie tonale avec tympanométrie
 - III. – Audiométrie vocale dans le bruit
 - IV. – Audiométrie tonale et vocale
 - V. – Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie
- f) Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
- g) Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - I. – Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges
 - II. – Coqueluche : avant 14 ans
 - III. – Hépatite B : avant 14 ans
 - IV. – BCG : avant 6 ans
 - V. – Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant
 - VI. – *Haemophilus influenzae* B – infections à l'origine de la méningite de l'enfant
 - VII. – Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(4) Voir grille optique ci-après.

Grille optique

ADULTE (≥ 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX/ Multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2,5 % du PMSS
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< - 10 ou > + 10	2,5 % du PMSS
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < 4	De - 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< - 6 et > + 6	2,5 % du PMSS
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > 4	De - 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< - 6 et > + 6	2,5 % du PMSS
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De - 4 à + 4	2,5 % du PMSS
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< - 4 ou > + 4	2,5 % du PMSS
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout cylindre	De - 8 à + 8	2,5 % du PMSS
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< - 8 ou > + 8	2,5 % du PMSS

ENFANT (< 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX/ Multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2,5 % du PMSS
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< - 10 ou > + 10	2,5 % du PMSS

ENFANT (< 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX/ Multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT par verre
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < 4	De – 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< – 6 et > + 6	2,5 % du PMSS
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > 4	De – 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< – 6 et > + 6	2,5 % du PMSS
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De – 4 à + 4	2,5 % du PMSS
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< – 4 ou > + 4	2,5 % du PMSS
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout cylindre	De – 8 à + 8	2,5 % du PMSS
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< – 8 ou > + 8	2,5 % du PMSS

Article 2

Entrée en vigueur. – Durée. – Révision

Le présent avenant prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Chaque syndicat signataire ou adhérent peut demander la révision de tout ou partie du présent avenant selon les modalités suivantes :

- toute demande de révision doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à chacun des autres signataires ou adhérents et comporter, outre l'indication des dispositions dont la révision est demandée, des propositions de remplacement ;
- le plus rapidement possible, et au plus tard dans un délai de 3 mois suivant la réception de cette lettre, les parties devront ouvrir une négociation en vue de la rédaction d'un nouvel accord.

Article 3

Dépôt et publicité

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour remise à chaque organisation patronale et syndicale concernée et permettre l'accomplissement des formalités légales de dépôt et de publicité.

Il sera notifié par la délégation patronale à l'ensemble des organisations syndicales représentatives, à l'issue de la séance de signature, par remise d'un exemplaire de l'avenant signé contre récépissé s'il a été signé en séance, à défaut par lettre recommandée avec avis de réception.

Il sera déposé par la délégation patronale, en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

La délégation patronale remettra également un exemplaire du présent avenant au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Son extension sera demandée à l'initiative de la délégation patronale auprès du ministre chargé du travail.

Fait à Paris, le 1^{er} décembre 2015.

(Suivent les signatures.)

Accord professionnel

CAISSE D'ÉPARGNE

ACCORD DU 22 DÉCEMBRE 2015

RELATIF À LA NÉGOCIATION ANNUELLE OBLIGATOIRE POUR L'ANNÉE 2016

NOR : ASET1650143M

Les parties signataires réunies dans le cadre de la négociation annuelle obligatoire prévue au niveau des branches professionnelles par les articles L. 2241-1 et suivants du code du travail, et à la suite de trois réunions tenues les 29 octobre, 24 novembre et 15 décembre 2015, sont convenues des mesures qui suivent :

Article 1^{er}

Champ d'application et bénéficiaires

Le présent accord est applicable aux salariés des entreprises du réseau des caisses d'épargne mentionné à l'article L. 512-86 du code monétaire et financier ainsi qu'à leurs organismes communs, dont le niveau de classification de l'emploi se situe de T1 à CM10 inclus.

Article 2

Mesure salariale générale

Les parties signataires au présent accord ont arrêté la mesure suivante :

Augmentation générale pérenne de 0,6 % des salaires bruts de base annuels à compter du 1^{er} mars 2016.

A titre exceptionnel et uniquement pour l'année 2016, ce pourcentage de revalorisation est calculé sur le montant du salaire de base et des ex-primas familiale, de durée d'expérience et de vacances, figurant sous l'intitulé AIA du bulletin de salaire des salariés concernés par ces éléments de rémunération.

Les montants pris en compte pour ce calcul sont ceux mentionnés sur le bulletin de paie du mois de février 2016.

L'augmentation qui en résulte est intégrée au salaire de base.

Article 3

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée et jusqu'au 31 décembre 2016.

Article 4

Demande de révision

Tout signataire peut demander la révision du présent accord, conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail. Cette demande doit être notifiée aux autres signataires par lettre recommandée

avec avis de réception. Cette lettre doit comporter les points concernés par la demande de révision et être accompagnée de propositions écrites.

Les négociations concernant cette demande devront s'ouvrir au plus tard dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la demande de révision.

Article 5

Dépôt

Le présent accord est notifié par BPCE à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

Conformément aux dispositions prévues aux articles L. 2231-6, D. 2231-2 et D.2231-3 du code du travail, le présent accord sera déposé par BPCE en double exemplaire, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

Un exemplaire de ce texte sera également remis par BPCE au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Fait à Paris, le 22 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

BPCE.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

UNSA ;

SNE CGC.

Brochure n° 3046

Convention collective nationale

IDCC : 45. – CAOUTCHOUC

ACCORD DU 25 NOVEMBRE 2015

RELATIF À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

TOUT AU LONG DE LA VIE ET À L'APPRENTISSAGE

NOR : ASET1650144M

IDCC : 45

PRÉAMBULE

Le présent accord a pour objet de se substituer à l'accord sur la formation professionnelle tout au long de la vie signé le 21 novembre 2005 dans la branche des industries du caoutchouc.

Il est établi en conformité avec les dispositions de la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

Les parties signataires rappellent que la formation professionnelle continue a pour objet de permettre la préparation des salariés au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la qualification professionnelle et leur contribution au développement économique et social. Ainsi, elle vise à permettre à chaque personne, indépendamment de son statut, d'acquérir et d'actualiser des connaissances et des compétences favorisant son évolution professionnelle ainsi que de progresser d'au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle.

Elles considèrent qu'elle est l'une des conditions de l'amélioration des techniques.

Elles considèrent que le développement de la formation continue doit résulter de l'initiative des entreprises, pour lesquelles il est un élément fondamental d'expression de leur responsabilité sociale.

Elles considèrent qu'encourager l'initiative individuelle permet aux salariés de mieux maîtriser leur carrière professionnelle.

Elles estiment, en outre, que les personnels ayant des fonctions managériales (techniciens, agents de maîtrise et ingénieurs et cadres) doivent jouer un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la formation en raison de leurs fonctions d'animation et de leurs connaissances professionnelles et techniques.

Les parties signataires du présent accord réaffirment l'importance de l'accès à la formation professionnelle de tous les salariés de la branche. Les salariés deviennent acteurs à part entière du développement de leurs compétences, notamment dans le cadre du plan de formation, de la mise en place du compte personnel de formation, du conseil en évolution professionnelle, des entretiens professionnels mais aussi avec l'utilisation de la période de professionnalisation, de la validation des acquis de l'expérience et des bilans de compétences.

Les parties signataires sont conscientes que les industries du caoutchouc ont, depuis plusieurs années, l'obligation de s'adapter en permanence, aux mutations et à leur environnement. Aussi la formation professionnelle doit-elle être considérée comme l'un des outils principaux pour préparer les salariés et développer les compétences futures indispensables au maintien et au développement des entreprises. La formation professionnelle est l'un des facteurs du renforcement de la compétitivité des entreprises et l'un des éléments primordiaux dans l'attractivité du territoire qui, associée à l'investissement, favorisera une politique active de l'emploi.

Dans une économie de plus en plus ouverte sur le monde, les entreprises de la branche s'adaptent en permanence à leur environnement et veillent constamment à ce que leurs salariés puissent accéder aux connaissances professionnelles nécessaires pour remplir leurs missions.

La branche accordera une attention particulière aux TPE-PME afin que leurs salariés aient un égal accès à la formation tout au long de leur vie professionnelle.

Les parties signataires se donnent pour objectif de mieux qualifier les salariés et de favoriser leur évolution professionnelle ; ainsi, elles s'engagent à poursuivre le développement des CQP.

Les partenaires sociaux de la branche érigent l'égalité d'accès à la formation entre les hommes et les femmes en un principe fondamental et son respect comme l'un des objectifs du présent accord.

Les organisations signataires du présent accord souhaitent ainsi préciser les modalités de mise en œuvre d'une politique de formation professionnelle tout au long de la vie et favoriser l'apprentissage dans la branche du caoutchouc.

Aussi, il a été convenu ce qui suit :

TITRE I^{ER}

OBJECTIFS PRIORITAIRES DE FORMATION DANS LES INDUSTRIES DU CAOUTCHOUC

En fonction de l'intérêt et des besoins de la branche, la CPNE pourra définir annuellement les actions et publics prioritaires.

Article 1^{er}

Objectifs généraux de formation dans la branche

La formation professionnelle répond à la fois aux attentes des salariés et aux besoins et obligations de l'entreprise. Elle participe au maintien de l'employabilité des salariés et à l'adaptation permanente des compétences requises. Elle permet également aux salariés de bénéficier d'un cursus dans les entreprises par l'évolution professionnelle basée sur l'acquisition de nouvelles compétences. La formation professionnelle contribue au renforcement du développement économique et de la compétitivité des entreprises ainsi qu'à la qualification des salariés.

Les parties signataires rappellent l'importance de la formation professionnelle tout au long de la vie tant pour les salariés que pour les entreprises des industries du caoutchouc. La formation professionnelle doit concourir à :

- développer la capacité professionnelle des salariés tout au long de leur vie professionnelle, afin de favoriser la promotion professionnelle ;
- permettre le maintien et l'évolution des compétences des salariés face aux évolutions économiques et technologiques ;
- faciliter l'anticipation face aux changements et l'adaptation des salariés à ceux-ci et par là même favoriser le changement d'emploi ou de métier.

Par ailleurs, la mise en œuvre de formations pendant les périodes de sous-activité constitue une priorité car elles permettent de maintenir et de développer les compétences dans les entreprises et de préparer le retour à une activité normale.

Les parties signataires se sont donc fixé les objectifs de formation suivants :

- permettre aux salariés d’acquérir les aptitudes techniques et scientifiques nécessaires à une bonne pratique des métiers exercés actuellement dans l’industrie du caoutchouc et à leurs évolutions ;
- développer la connaissance des salariés sur les produits, les procédés, les outils et leurs évolutions ;
- assurer les formations permettant de maîtriser les évolutions technologiques ;
- développer les actions de formation dans les PME et TPE ;
- permettre l’accès à la formation des salariés les moins qualifiés par des actions spécifiques ;
- favoriser l’insertion professionnelle des jeunes, des demandeurs d’emploi et des personnes handicapées ;
- développer les compétences managériales des salariés ayant des responsabilités d’encadrement ;
- préparer à la fonction tutorale.

Article 2

Egalité d’accès à la formation professionnelle

Les parties signataires, en concluant le présent accord, entendent affirmer leur respect de l’égalité d’accès des hommes et des femmes à la formation professionnelle continue.

Les travaux menés par l’observatoire national de l’évolution des emplois, sur la situation comparée des hommes et des femmes en matière d’accès à l’emploi et à la formation, sont transmis à la CPNE.

Sur la base de ces travaux, la CPNE pourra, en tant que de besoin, émettre des recommandations aux partenaires sociaux de la branche en vue de favoriser une égalité d’accès des femmes et des hommes aux actions de formation.

TITRE II

ACCOMPAGNEMENT À LA FORMATION DE CERTAINS PUBLICS

Article 3

Rôle de l’encadrement et de la maîtrise

Les parties signataires estiment que le personnel d’encadrement et de maîtrise ayant des fonctions managériales (techniciens, agents de maîtrise et ingénieurs et cadres) joue un rôle essentiel dans l’information, l’accompagnement et la formation de tous les salariés de l’entreprise et dans l’élaboration et le soutien du projet professionnel des salariés, notamment dans le cadre des entretiens professionnels tels que prévus à l’article 7 du présent accord lorsque ceux-ci leur sont confiés par l’entreprise.

Elles rappellent que le personnel d’encadrement et de maîtrise est, en raison de sa fonction d’animation, de ses connaissances professionnelles et techniques, à même de rapprocher les besoins de l’entreprise et les besoins des salariés.

La mise en place des nouvelles dispositions relatives à la formation professionnelle issues de la loi du 5 mars 2014 dans les entreprises des industries du caoutchouc rend nécessaire la mobilisation du personnel d’encadrement en vue d’en assurer la pleine effectivité, notamment du fait du développement de l’individualisation des parcours des salariés, des entretiens professionnels et des possibilités d’articulation entre les différents dispositifs existants.

Les parties signataires considèrent comme prioritaires les actions de formation permettant au personnel d’encadrement et de maîtrise de développer ses compétences en matière :

- de management ;
- de formation au management de leurs collaborateurs ;
- de développement des compétences ;
- de conduite d’entretiens ;

- d’accompagnement de salariés dans le cadre des fonctions de tuteur et de maître d’apprentissage ;
- d’identification, d’élaboration et de mise en œuvre des actions de formation professionnelle avec ses collaborateurs, en vue de lui permettre d’être acteur de la mise en œuvre de la formation.

Article 4

Missions du tuteur et du maître d’apprentissage

Les parties signataires considèrent que le développement de ces fonctions est de nature à accroître la qualité et l’efficacité des actions conduites dans le cadre des différents dispositifs de formation professionnelle et d’alternance prévus au présent accord.

Ces fonctions ont notamment pour objet :

- d’accompagner les salariés, notamment les plus jeunes ou ceux engagés dans un dispositif de formation par alternance, dans l’élaboration et la mise en œuvre de leur projet professionnel ;
- d’aider, d’informer et de guider les salariés de l’entreprise qui participent à des actions de formation dans le cadre du contrat d’apprentissage, du contrat ou de la période de professionnalisation. Le tuteur et le maître d’apprentissage participent à l’évaluation du suivi de la formation et le cas échéant aux jurys d’examen ;
- de contribuer à l’acquisition de connaissances, de compétences et d’aptitudes professionnelles par le salarié concerné, au travers notamment d’actions de formation en situation professionnelle.

Les tuteurs et maîtres d’apprentissage sont choisis sur la base du volontariat, parmi les salariés de l’entreprise, en tenant compte de leurs compétences et de leur expérience professionnelle, afin que celles-ci soient en rapport avec l’objectif poursuivi par l’action de formation.

La pratique du tutorat par des salariés âgés de 50 ans et plus doit être privilégiée, dès lors que cette mission est confiée à des salariés volontaires et pouvant se prévaloir d’une expérience et d’un savoir-faire reconnus conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

L’employeur s’engage à ce que ces salariés, qui continueront d’exercer leurs emplois, disposent, dans le cadre d’une organisation adaptée, du temps nécessaire pour assurer leur fonction tutorale. Afin de leur permettre d’exercer au mieux leurs missions, les tuteurs et maîtres d’apprentissage bénéficieront d’une préparation ou d’une formation spécifique.

Les parties signataires du présent accord incitent les entreprises à valoriser les fonctions de tuteurs et maîtres d’apprentissage exercées par les salariés, notamment en identifiant les compétences mobilisées dans l’exercice de cette mission et en favorisant leur mise en œuvre dans leur emploi. Cette mission sera prise en compte lors de l’entretien professionnel du salarié prévu à l’article 7 du présent accord, notamment pour identifier ses besoins en formation.

Article 5

Conditions d’accueil et d’insertion dans les entreprises du point de vue de la formation professionnelle

5.1. Jeunes

Les parties signataires recommandent aux entreprises de faciliter l’insertion professionnelle des jeunes en renforçant les liaisons nécessaires entre les enseignements et les réalités de la profession.

Les entreprises examineront la possibilité de conclure des contrats de formation en alternance ayant pour objectif de permettre à des jeunes d’acquérir une qualification professionnelle, de se préparer à un emploi ou à un type d’emploi ou de faciliter l’insertion ou l’orientation professionnelle. Le tutorat y contribuera notamment en ce qui concerne le contrat d’apprentissage et le contrat de professionnalisation.

Ces formations sont organisées dans le cadre de contrats adaptés aux objectifs recherchés.

Les entreprises pourront également proposer des stages pour les jeunes engagés dans un processus de formation comportant un stage pratique en entreprise, en particulier en passant des conventions de stage avec les établissements de l'enseignement technique professionnel ou supérieur dispensant des formations préparant aux métiers des industries du caoutchouc.

5.2. Personnes éloignées de l'emploi

Dans le cadre de leurs possibilités d'insertion et de formation, les entreprises favoriseront la possibilité de conclure des contrats adaptés conformément aux dispositions légales afin de permettre à des personnes éloignées de l'emploi (personnes sans emploi ou en situation précaire) de s'adapter à un emploi ou à un type d'emploi et de faciliter ainsi leur réinsertion professionnelle.

Article 6

Apprentissage

L'apprentissage doit être considéré comme une voie de formation initiale privilégiée en tant que mode de formation professionnelle alternée permettant l'acquisition d'un diplôme (tels CAP, BEP, bac pro, BTS, licence professionnelle, ingénieur, etc.).

L'entreprise devra prendre les mesures nécessaires à l'organisation de l'apprentissage. A ce titre, l'employeur doit notamment veiller à ce que l'équipement de l'entreprise, les techniques utilisées, les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité, les compétences professionnelles et pédagogiques du maître d'apprentissage soient de nature à permettre une formation adaptée.

En aucun cas le recours à l'apprentissage ne peut être utilisé par l'entreprise comme un moyen de pallier le manque d'effectif.

Les parties signataires incitent les entreprises à développer leurs actions en la matière et considèrent ce mode d'insertion professionnelle des jeunes comme un moyen de formation permettant, de façon privilégiée, un transfert des savoirs, savoir-faire et comportements dans la perspective d'une bonne adéquation avec le niveau de qualification requis, tant au niveau de l'entreprise qu'au plan de la formation personnelle.

A cet effet sera recherchée la complémentarité nécessaire, avec les structures qui ont en charge l'organisation et la gestion de l'apprentissage, notamment les collectivités territoriales (régions...), en tenant compte de l'évolution des métiers et de l'adaptation nécessaire des formations.

Conformément à l'article L. 6332-16 du code du travail, l'OPCA de branche peut soutenir financièrement des centres de formation d'apprentis conventionnés par l'Etat ou les régions selon les modalités définies annuellement dans le cadre de la CPNE et de la SPP.

Le comité d'entreprise ou l'instance légale concernée, s'ils existent, sont informés et consultés sur les conditions dans lesquelles se déroule la formation des apprentis, notamment sur :

- le nombre d'apprentis concernés, par âge, par sexe, par niveau initial de formation et par titre ou diplôme préparé ;
- les objectifs de l'entreprise en matière d'apprentissage ;
- les conditions de mise en œuvre des contrats d'apprentissage.

A compter de 2016, la branche se donne pour objectif de conclure chaque année un nombre de contrats d'apprentissage correspondant à 1 % de son effectif. La progression éventuelle de cet objectif sera évaluée chaque année en CPNE.

TITRE III

OUTILS D'INFORMATION ET ORIENTATION TOUT AU LONG DE LA VIE

Article 7

Entretien professionnel et état des lieux récapitulatif

Tout salarié, conformément à l'article L. 6315-1 du code du travail et quelle que soit la taille de son entreprise, bénéficiera :

- au minimum tous les 2 ans d'un entretien professionnel réalisé par l'entreprise, dès lors qu'il aura 2 années d'ancienneté dans cette entreprise ;
- et tous les 6 ans d'un état des lieux récapitulatif de son parcours professionnel.

Afin de préparer l'entretien, les salariés bénéficieront d'un délai de prévenance de 7 jours calendaires. Cet entretien professionnel individuel sera consacré à l'étude des perspectives d'évolution professionnelle et des aspirations des salariés notamment en termes de qualification et d'emploi. Cet entretien donne lieu à la rédaction d'un document dont une copie est remise au salarié. Il doit s'intégrer dans les dispositifs mis en place dans les entreprises sans pour autant se confondre avec les entretiens annuels d'évaluation. Il ne porte pas sur l'évaluation du travail du salarié. Il est distinct des entretiens réguliers et formels, essentiels à l'exercice de l'activité professionnelle. Il permet au salarié, s'il le désire, de mieux s'impliquer dans son évolution professionnelle.

Des outils facilitant la préparation et la tenue de ces entretiens sont mis à disposition des entreprises et des salariés, notamment par l'OPCA de branche.

Tous les 6 ans, cette durée s'appréciant en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise, l'entretien professionnel fait un état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié. Cet état des lieux donne lieu à la rédaction d'un document dont une copie est remise au salarié ; il permet de vérifier que le salarié a bénéficié, au cours des 6 dernières années, des entretiens professionnels et d'apprécier s'il a :

- suivi au moins une action de formation ;
- acquis des éléments de certification par la formation ou la VAE ;
- bénéficié d'une progression salariale ou professionnelle, en dehors de l'application des salaires minima conventionnels.

Dans les entreprises de plus de 50 salariés, si l'employeur n'est pas en mesure de justifier qu'au cours des 6 dernières années le salarié a bénéficié des entretiens professionnels prévus tous les 2 ans, et qu'il a bénéficié d'au moins deux sur trois des actions ci-dessus, un abondement correctif viendra compléter les heures de CPF du salarié concerné.

Cet abondement sera de 100 heures pour un salarié à temps complet et de 130 heures pour un salarié à temps partiel.

Article 8

Bilan de compétences et congé de bilan de compétences

Le bilan de compétences a pour objet de permettre aux salariés d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles ainsi que leurs aptitudes et leurs souhaits d'évolution. Ce bilan contribue à l'élaboration, par le salarié concerné, d'un projet professionnel et, le cas échéant, d'un projet de formation. Conformément aux articles L. 6322-4 et suivants du code du travail, tout salarié remplissant les conditions de durée d'activité légales peut bénéficier d'un bilan de compétences. La prise en charge financière de cette action est assurée, suivant le cas, dans le cadre du plan de formation ou du congé de bilan de compétences.

Le congé de bilan de compétences a pour objet de permettre à tout salarié au cours de sa vie professionnelle de réaliser à son initiative un bilan de compétences, indépendamment des actions

conduites à l'initiative de l'employeur dans le cadre du plan. Le congé de bilan de compétences est un droit individuel géré par les FONGECIF.

Les bilans doivent être réalisés par des organismes extérieurs aux entreprises et agréés conformément à la réglementation en vigueur.

La branche se donne pour ambition de développer l'information des salariés sur les objectifs et les moyens d'accompagnement de ces dispositifs.

Le nombre de bilans de compétences effectués sera suivi annuellement en CPNE.

Article 9

Validation des acquis de l'expérience et congé de validation des acquis de l'expérience

Les parties signataires du présent accord soulignent l'importance de la validation des acquis de l'expérience. Tout salarié peut bénéficier à sa demande, dans le cadre d'une démarche individuelle, d'une validation des acquis de l'expérience pendant ou en dehors du temps de travail, conformément aux dispositions légales en vigueur. La VAE est accessible par la voie du plan de formation, du CPF ou d'un congé de VAE, selon les modalités prévues par les dispositions légales en vigueur.

Tout salarié, titulaire d'un contrat à durée déterminée ou indéterminée, peut bénéficier à sa demande d'une priorité d'accès à un congé pour une validation des acquis de l'expérience.

Lorsqu'elle est réalisée pendant le temps de travail, la VAE est assimilée à une période de travail effectif pour l'acquisition des congés payés et pour les droits que le salarié tire de son ancienneté.

Ces actions de validation contribuent à l'élaboration, par le salarié concerné, d'un projet professionnel pouvant donner lieu, le cas échéant, à la réalisation d'actions de formation.

Les parties signataires incitent les entreprises de la branche à développer des actions collectives de VAE, notamment en vue de l'obtention d'une certification professionnelle des industries du caoutchouc.

Article 10

Conseil en évolution professionnelle

Instauré par la loi du 5 mars 2014, le conseil en évolution professionnelle (CEP) constitue un processus d'appui à l'élaboration et à la concrétisation des projets personnels d'évolution professionnelle des actifs qui en expriment le besoin et, le cas échéant, des projets de formation associés visant à accroître leurs aptitudes, compétences et qualifications professionnelles, en lien notamment avec les besoins économiques existants et prévisibles dans les territoires.

Il prend la forme d'une offre de services accessible à tout actif indépendamment de son âge, de son secteur d'activité, de son statut et de sa qualification.

Il implique une coconstruction avec la personne de son projet d'évolution professionnelle et peut définir avec elle un plan d'actions notamment en vue de la mobilisation de son compte personnel de formation (CPF).

Tout salarié peut, de sa propre initiative et sans demander l'accord de son employeur, bénéficier d'un CEP.

L'employeur informera ses salariés de la possibilité de recourir à cet accompagnement à l'occasion de leur entretien professionnel. Il pourra également inciter les salariés à recourir à ce dispositif, et notamment ceux ayant besoin d'un accompagnement dans la construction de leur parcours professionnel.

TITRE IV

**FINANCEMENT ET MISE EN ŒUVRE
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE**

Article 11

*Participation des entreprises au développement
de la formation professionnelle continue*

11.1. Dispositions générales pour toutes les entreprises

Afin de concourir au développement de la formation professionnelle continue, les entreprises de la branche versent à l'OPCA désigné par la branche les contributions minimales prévues par les dispositions légales et conventionnelles.

11.2. Contributions des entreprises employant moins de 10 salariés

Les entreprises employant moins de 10 salariés versent à l'OPCA désigné :

- la totalité de leur contribution légale au financement de la professionnalisation ;
- la totalité de leur contribution légale au financement du plan de formation.

11.3. Contributions des entreprises employant 10 à 299 salariés

Les entreprises employant de 10 à 299 salariés versent à l'OPCA désigné la contribution unique destinée au financement, conformément aux dispositions légales :

- du compte personnel de formation (CPF). Cette contribution peut, si elle fait l'objet dans l'entreprise d'un accord collectif prévoyant un autre mode de gestion, ne pas être versée à l'OPCA désigné par la branche ;
- de la professionnalisation ;
- du plan de formation ;
- du congé individuel de formation (CIF). La contribution au CIF CDD est éventuellement versée en sus ;
- du fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP).

11.4. Contributions des entreprises employant 300 salariés et plus

Les entreprises employant 300 salariés et plus versent à l'OPCA désigné par la branche la contribution unique destinée au financement, conformément aux dispositions légales et conventionnelles :

- du compte personnel de formation (CPF). Cette contribution peut, si elle fait l'objet dans l'entreprise d'un accord collectif prévoyant un autre mode de gestion, ne pas être versée à l'OPCA désigné par la branche ;
- de la professionnalisation ;
- du congé individuel de formation (CIF). La contribution au CIF CDD est éventuellement versée en sus ;
- du fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP).

Article 12

Plan de formation de l'entreprise

Les parties signataires recommandent aux entreprises de prendre en compte les objectifs et priorités définis au titre I^{er} et à l'article 3 du titre II du présent accord lors de l'élaboration de leur plan de formation.

Lors de la consultation du comité d'entreprise, ou de l'instance légale concernée, sur le projet de plan de formation pour l'année à venir, le chef d'entreprise indique, dans un document d'infor-

mation, en fonction des publics concernés, la nature des actions de formation proposées en distinguant :

- les actions d’adaptation au poste de travail ou liées à l’évolution ou au maintien dans l’emploi : ces actions se déroulent sur le temps de travail effectif et donnent lieu, pendant leur réalisation, au maintien de la rémunération ;
- les actions ayant pour objet le développement des compétences : ces actions peuvent, en application d’un accord écrit entre le salarié et l’employeur, se dérouler hors du temps de travail effectif selon les dispositions légales. Les temps et frais de déplacement seront pris en charge par l’employeur conformément aux dispositions conventionnelles.

Les parties signataires recommandent aux entreprises de la branche de définir des orientations pluriannuelles de formation qui tiennent compte des objectifs et des priorités définis au titre I^{er} et à l’article 3 du titre II du présent accord.

Cette démarche doit permettre à l’entreprise et aux salariés de développer une gestion active et anticipée de la formation, des qualifications, notamment à travers l’entretien professionnel et le développement des compétences.

Les travaux de l’observatoire national de l’évolution des emplois seront mis à la disposition des entreprises afin de les aider dans la mise en place de leur programme pluriannuel.

Article 13

Compte personnel de formation (CPF)

Depuis le 1^{er} janvier 2015, et afin de favoriser son accès à la formation professionnelle tout au long de la vie, tout salarié de la branche répondant aux conditions d’âge légales dispose d’un compte personnel de formation alimenté en fonction de son activité professionnelle au cours d’une année civile. Le CPF est comptabilisé en heures et mobilisé à l’initiative du salarié.

Le compte est fermé lorsque la personne est admise à faire valoir l’ensemble de ses droits à la retraite.

Chaque salarié pourra disposer d’un passeport d’orientation, de formation et de compétences, disponible sur le site internet dédié au CPF, auquel lui seul aura accès.

Conformément à la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l’emploi et à la démocratie sociale, le compte personnel de formation est utilisable selon les modalités suivantes.

13.1. Alimentation du compte

Les salariés acquièrent des heures destinées à alimenter leur compte personnel de formation.

Les heures acquises au titre d’une année civile seront créditées sur le CPF du salarié de l’année civile suivante :

- salariés à temps plein :
 - le CPF est alimenté à hauteur de 24 heures par an jusqu’à l’acquisition d’un crédit de 120 heures, puis de 12 heures par an, dans la limite d’un plafond total de 150 heures ;
- salariés à temps partiel :
 - l’alimentation est calculée à due proportion du temps de travail effectué (application de l’arrondi au nombre entier supérieur).

13.2. Droit transférable

Le CPF est un droit attaché à la personne et non à son statut et est intégralement transférable en cas de perte d’emploi, et ce quel que soit le motif de la rupture du contrat de travail ou en cas de période de chômage. En effet, le compte personnel de formation est comptabilisé en heures et

mobilisé par la personne, qu'elle soit salariée ou à la recherche d'un emploi, afin de suivre, à son initiative, une formation.

13.3. Gestion et consultation du compte

Le compte personnel de formation est géré par la Caisse des dépôts et consignations. Le compte est créé par le salarié et à son initiative.

Le titulaire du compte doit inscrire ses heures de DIF (acquises au 31 décembre 2014) au plus tard lors du premier projet de formation.

Le titulaire du compte accède à son espace personnel sécurisé qui lui permet de saisir ses heures de DIF, d'avoir des informations sur les formations éligibles au CPF, de faire une demande de formation, etc.

13.4. Formations accessibles aux salariés dans le cadre du CPF

Les salariés de la branche peuvent utiliser leur CPF pour une formation devant relever de l'une des catégories ci-dessous, sans priorisation :

- l'accompagnement des candidats à la validation des acquis de l'expérience ;
- les formations permettant d'acquérir le socle de connaissances et de compétences défini par décret ;
- les formations inscrites sur la liste de branche établie par la CPNE ;
- les formations inscrites sur la liste établie par le comité paritaire interprofessionnel national pour l'emploi et la formation (COPANEF) ;
- les formations inscrites sur la liste établie par le comité paritaire interprofessionnel régional pour l'emploi et la formation (COPAREF) dans la région où travaille le salarié.

La liste de branche est mise à jour périodiquement par la CPNE.

Les listes régionales et nationales sont mises à jour respectivement par le COPAREF et le COPANEF.

13.5. Modalités de mobilisation du CPF

Le salarié prend seul l'initiative de mobiliser son compte afin de suivre une formation éligible et son refus ne constitue pas une faute.

Lorsque la formation se déroule en dehors du temps de travail, le salarié n'est pas tenu de recueillir l'accord préalable de son employeur. La partie de formation se déroulant hors temps de travail ne donne lieu ni à indemnisation ni à rémunération et ne constitue pas du temps de travail effectif.

S'il souhaite mobiliser son compte pour une formation pendant son temps de travail, le salarié doit demander l'accord préalable de l'employeur en respectant les délais de prévenance fixés dans le code du travail.

L'accord de l'employeur porte sur le contenu et le calendrier de la formation.

Par exception, l'accord de l'employeur ne porte que sur le calendrier dans les cas suivants :

- formations permettant d'acquérir le socle de connaissances et de compétences ;
- accompagnement VAE ;
- formation financée au titre des heures correspondant à l'abondement correctif (non-respect des obligations relatives à l'entretien professionnel).

A compter de la réception de la demande, l'employeur dispose d'un délai de 30 jours calendaires pour notifier sa réponse au salarié. L'absence de réponse de l'employeur dans ce délai vaut acceptation de la demande.

13.6. Modalités de financement du CPF

Lorsque le compte personnel de formation est mobilisé avec l'accord de l'employeur, ce dernier adresse une demande de prise en charge à l'OPCA désigné par la branche.

Lorsque le compte personnel de formation est mobilisé sans l'accord de l'employeur, le salarié sollicite en priorité le FONGECIF dans le ressort duquel son entreprise est située. Il peut également solliciter les autres organismes et institutions assurant le conseil en évolution professionnelle mentionné à l'article 10 du présent accord et visé à l'article L. 6111-6 du code du travail.

Financement du CPF par l'OPCA

Le financement du CPF est assuré par la contribution spécifique prévue par les dispositions légales et versée à l'OPCA désigné par la branche dans le cadre de la contribution obligatoire à la formation professionnelle. En cas de gestion interne du CPF prévue par accord d'entreprise, il appartient à l'entreprise de financer le CPF de ses salariés en application dudit accord.

L'OPCA prendra en charge, dans la limite des heures inscrites sur le compte CPF et selon les modalités définies par les instances paritaires et les dispositions légales :

- les frais de formation (coûts pédagogiques et frais annexes) ;
- les rémunérations (CPF sur le temps de travail) dans la limite des coûts pédagogiques et frais annexes pris en charge par l'OPCA.

Les frais de garde d'enfant ou de parent à charge occasionnés par la formation suivie par le salarié qui mobilise son compte personnel de formation en tout ou partie hors temps de travail peuvent également être pris en charge par l'OPCA désigné par la branche.

Le fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP) participe au financement lorsque le salarié mobilisera son CPF dans le cadre d'un congé individuel de formation (CIF).

Le complément du temps nécessaire à la réalisation de la formation peut s'effectuer dans le cadre de la période de professionnalisation ou du plan de formation avec accord de l'employeur.

Abondements du CPF en heures supplémentaires

Les parties signataires décident d'abonder le CPF pour permettre au salarié titulaire d'un compte personnel de formation de réaliser une formation lorsque la durée de cette formation est supérieure au nombre d'heures dont il dispose au titre de son CPF.

Sous réserve de la prise en charge par le conseil d'administration de l'OPCA, l'abondement de la branche intervient lorsque la formation figure sur la liste CPF établie par la CPNE des industries du caoutchouc.

L'abondement intervient dans les conditions suivantes :

- pour les formations inscrites sur la liste CPF établie par la CPNE de la branche, hors CQP : l'abondement est au maximum égal à 100 % des heures de CPF mobilisées par le salarié, dans la limite de la durée totale de la formation et à hauteur du nombre d'heures manquantes ;
- pour les CQP de la branche : pour les salariés en poste justifiant d'une ancienneté minimale de 3 ans dans une entreprise relevant de la convention collective nationale du caoutchouc, l'abondement de la branche est de 120 heures maximum en dehors des heures acquises par le salarié au titre du CPF et du DIF pendant la période transitoire.

Le document de synthèse du repérage des compétences prévu dans l'accord CQP doit être joint au dossier de demande de CPF adressé à l'OPCA désigné par la branche.

L'OPCA de branche doit s'assurer du respect des conditions d'éligibilité à l'abondement par le salarié.

13.7. Articulation compte personnel de formation (CPF) et autres dispositifs de formation

Le CPF a vocation à s'articuler avec tous les dispositifs de formation en vigueur à l'exception du contrat de professionnalisation et du contrat d'apprentissage.

Lorsque la durée de la formation initiée au titre du CPF est supérieure au nombre d'heures inscrites sur le compte, celle-ci peut faire l'objet, à la demande de son titulaire, d'un abondement en heures complémentaires au titre de la période de professionnalisation pour assurer le financement de cette formation.

Article 14

Contrat de professionnalisation

14.1. Définition

Le contrat de professionnalisation associe des actions d'évaluation et d'accompagnement ainsi que des actions de formation (enseignements généraux, professionnels et technologiques) et des périodes d'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les qualifications recherchées.

14.2. Objectif du contrat de professionnalisation

Les contrats de professionnalisation ont pour objet de permettre à leurs bénéficiaires de favoriser leur insertion ou leur réinsertion professionnelle et d'acquérir une des qualifications suivantes :

- soit un diplôme ou un titre à finalité professionnelle enregistré dans le répertoire national des certifications professionnelles ;
- soit une qualification interne à l'entreprise.

14.3. Forme du contrat de professionnalisation

Le contrat de professionnalisation est établi par écrit et déposé auprès de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Lorsqu'il est à durée déterminée, il est conclu en application de l'article L. 6325-11 du code du travail.

14.4. Durée du contrat de professionnalisation

Les parties signataires conviennent que :

- la durée du contrat, qui est de 6 mois minimum, peut être allongée jusqu'à 24 mois ;
- quelle que soit la durée du contrat ou de l'action de professionnalisation, les actions de formation peuvent être d'une durée supérieure à 25 % sans pouvoir dépasser 50 % de la durée totale du contrat dans la limite de 1 500 heures ni être inférieures à 15 % ou 150 heures minimum.

Les contrats de professionnalisation conclus pour une durée déterminée peuvent être renouvelés une fois si le bénéficiaire n'a pu obtenir la qualification envisagée pour cause d'échec aux épreuves d'évaluation de la formation suivie, de maternité, de maladie, d'accident du travail, de congé parental dans la limite de 6 mois, de défaillance du prestataire de formation ou pour formation complémentaire de polyvalence.

14.5. Rémunération du contrat de professionnalisation

Les salariés âgés de moins de 26 ans titulaires des contrats de professionnalisation perçoivent, pendant la durée du contrat à durée déterminée ou de l'action de professionnalisation du contrat à durée indéterminée, une rémunération dont le montant est fixé par la réglementation.

Les salariés âgés de 26 ans et plus perçoivent pendant l'action de professionnalisation une rémunération égale à 85 % du salaire minimum conventionnel de branche correspondant à l'emploi occupé et en tout état de cause une rémunération au moins égale au Smic.

Article 15

Période de professionnalisation

15.1. Objet de la période de professionnalisation

La période de professionnalisation visée aux articles L. 6324-1 et suivants du code du travail, équivalente au contrat de professionnalisation pour les salariés déjà présents dans l'entreprise, a pour objet de permettre à son bénéficiaire d'acquérir :

- un titre ou diplôme inscrit au RNCP ;
- le socle de connaissances et de compétences ;
- une certification inscrite à l'inventaire CNCP ;
- une action de VAE.

15.2. Mise en œuvre de la période de professionnalisation

Cette période de professionnalisation peut être mise en place :

- soit à l'initiative de l'employeur ;
- soit en complément d'heures de CPF sous réserve de l'accord de l'employeur.

Les actions de la période de professionnalisation peuvent être mises en œuvre par un organisme de formation ou par l'entreprise elle-même lorsqu'elle dispose d'un service de formation structuré et identifié.

Les actions de la période de professionnalisation peuvent se dérouler pour tout ou partie en dehors du temps de travail à l'initiative soit du salarié dans le cadre de son CPF, soit de l'employeur, après accord écrit du salarié, en application de l'article L. 6321-6 code du travail. Dans les deux cas, l'employeur définit avec le salarié avant son départ en formation la nature des engagements auxquels l'entreprise souscrit si l'intéressé suit avec assiduité la formation et satisfait aux évaluations prévues. Dans le cas où la formation est prise hors du temps de travail à l'initiative de l'employeur, celui-ci participe au paiement de 30 % du temps consacré à cette formation.

15.3. Durée minimale

Le parcours de formation est d'une durée minimale légale de 70 heures sur 12 mois calendaires.

Elle ne s'applique pas aux actions suivantes :

- actions d'évaluation préalables ;
- certifications inscrites à l'inventaire ;
- actions de VAE ;
- lorsque la période de professionnalisation vient abonder le CPF (cas où le salarié ne dispose pas de suffisamment d'heures au titre du CPF).

15.4. Articulation avec le compte personnel de formation (CPF)

Lorsque la durée de la formation initiée au titre du CPF est supérieure au nombre d'heures inscrites sur le compte, celle-ci peut faire l'objet, à la demande de son titulaire, d'un abondement en heures complémentaires au titre de la période de professionnalisation pour assurer le financement de cette formation.

15.5. Rémunération du salarié

Les actions de formation mises en œuvre pendant la période de professionnalisation et pendant le temps de travail donnent lieu au maintien de la rémunération du salarié.

Les actions de formation mises en œuvre pendant la période de professionnalisation et en dehors du temps de travail donnent lieu au versement de l'allocation de formation prévue par les dispositions légales.

Article 16

Financement de la professionnalisation par l'OPCA

La prise en charge des actions d'évaluation, d'accompagnement et de formation se fait sur le fondement de forfaits horaires, sur proposition de la section paritaire professionnelle, et après validation du conseil d'administration de l'OPCA désigné par la branche.

Ces forfaits couvrent tout ou partie des coûts pédagogiques et frais annexes.

TITRE V

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 17

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

Article 18

Formalités

Il fera l'objet des formalités de dépôt et d'extension prévues par les dispositions légales.

La validité du présent accord est subordonnée à l'absence d'opposition de la majorité des organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord.

Les parties signataires conviennent de déléguer l'exécution des formalités de notification du présent accord au syndicat national du caoutchouc et des polymères.

La notification sera faite par lettre recommandée à l'ensemble des organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord.

Article 19

Mise en œuvre

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt et d'extension prévues par le code du travail.

Le présent accord entrera en vigueur le lendemain de son dépôt.

Les partenaires sociaux de la branche se réuniront dans un délai de 3 ans à compter de la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension du présent accord. A cette occasion, un bilan sera réalisé et les partenaires sociaux examineront les aménagements à apporter à cet accord.

Article 20

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la convention collective nationale du caoutchouc.

Fait à Paris, le 25 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

UCAPLAST ;

SNCP.

Syndicats de salariés :

FCE CFDT ;

CFE-CGC chimie.

Convention collective nationale

**IDCC : 3097. – PRODUCTION CINÉMATOGRAPHIQUE
(19 janvier 2012)**

(Etendue par arrêté du 31 mars 2015,
Journal officiel du 10 avril 2015)

**AVENANT N° 2 DU 3 NOVEMBRE 2015
PORTANT RÉVISION DU PROTOCOLE D'ACCORD COLLECTIF
DU 17 DÉCEMBRE 2007**

NOR : ASET1650142M

IDCC : 3097

Etant préalablement exposé ce qui suit :

Le protocole d'accord collectif sur le comité central d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de la production cinématographique, signé par les organisations d'employeurs et de salariés membres de ce comité le 17 décembre 2007 (ci-après dénommé « le protocole ») et étendu par arrêté ministériel du 6 mars 2008, instaure à l'article 3 une contribution destinée à couvrir les dépenses nécessaires au fonctionnement du CCHSCT et des missions dévolues à celui-ci (ci-après dénommée « contribution CCHSCT »).

Son montant, qui peut être révisé par avenant, est actuellement fixé à 0,06 % du montant brut des salaires versés aux personnels visés à l'article 1^{er} du protocole, en vertu de l'avenant n° 1 du 9 décembre 2008. La contribution CCHSCT est collectée par l'association de gestion du CCHSCT, prévue à l'article 4 du protocole et créée le 1^{er} février 2008 (ci-après dénommée « l'association »).

Les sommes jusqu'ici collectées par l'association ayant permis d'établir une trésorerie équilibrée et de constituer des réserves suffisantes pour assurer le fonctionnement du CCHSCT et mener les missions qui lui sont dévolues, les organisations signataires du présent avenant décident de modifier le taux de la contribution susvisée dans les conditions ci-après définies.

Article 1^{er}

Révision du taux de la contribution CCHSCT

Conformément aux dispositions du deuxième paragraphe de l'article 3 (« Organisation de la collecte ») du protocole, il est convenu, étant donné que le taux d'appel de la contribution CCHSCT a généré un excédent disponible dépassant 2 années de charges d'exploitation, d'abaisser ledit taux, actuellement de 0,06 %, à 0,04 %, et ce à compter du premier jour du trimestre suivant la publication de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Le taux de cette contribution doit garantir à l'association un budget et une trésorerie équilibrés permettant d'assurer le fonctionnement du CCHSCT de la production cinématographique et de mener les missions qui lui sont dévolues et devra être révisé à cette fin par voie d'avenant au protocole.

Article 2

Dispositions diverses

Les autres dispositions du protocole demeurent valides et inchangées.

Le présent avenant n° 2 au protocole fera l'objet d'une demande d'extension auprès du ministère du travail par la partie la plus diligente.

Le présent avenant entrera en vigueur à la date prévue en son article 1^{er} en ce qui concerne le nouveau taux de la contribution CCHSCT.

Fait à Paris, le 3 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

AFPF ;

UPF ;

API ;

APC ;

SPI.

Syndicat de salariés :

SNTPCT.

Convention collective nationale

**IDCC : 3097. – PRODUCTION CINÉMATOGRAPHIQUE
(19 janvier 2012)**

(Etendue par arrêté du 31 mars 2015,
Journal officiel du 10 avril 2015)

ACCORD DU 3 NOVEMBRE 2015

RELATIF À L'AIDE AU PARITARISME

NOR : ASET1650139M

IDCC : 3097

Etant préalablement exposé ce qui suit :

Vu les dispositions de l'article 10 du titre I^{er} de la convention collective nationale de la production cinématographique (ci-après désignée « la convention collective ») :

« Les parties signataires confirment leur attachement à développer une politique de concertation et de négociation, qui implique la mise en œuvre d'un financement du paritarisme, afin notamment :

- d'anticiper, de coordonner et d'accompagner l'application du dispositif conventionnel ;
- de suivre l'évolution de l'emploi et les besoins de compétence et de qualification propres aux salariés relevant respectivement des titres II et suivants.

Le financement de ces fonds sera assuré par une contribution annuelle dont le montant est référencé à la masse salariale des personnels des entreprises relevant de la présente convention collective et selon des modalités qui seront définies dans un accord de branche à venir. Cet accord, en ce compris ses avenants et annexes, constituera une annexe à la présente convention collective.

A cet effet, la gestion de cette contribution sera assurée par l'association de gestion du CCHSCT de la production cinématographique.

Le produit de cette contribution sera réparti entre les organisations d'employeurs, d'une part, et les organisations de salariés représentatives dans la branche, d'autre part. L'accord précité définira également les modalités de collecte, de gestion et de répartition entre les organisations de chaque collège du produit des contributions au financement du paritarisme. »

Les parties au présent accord décident ce qui suit :

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord a pour champ d'application celui défini à l'article 1^{er} du titre I^{er} de la convention collective, dont il constitue une annexe.

Par dérogation au sixième paragraphe de l'article 32 du titre I^{er} de la convention collective, le présent accord entrera en vigueur le premier jour du trimestre suivant la date de publication de son arrêté d'extension.

Hormis la dérogation précitée, le présent accord suit les dispositions prévues à ladite convention collective.

Article 2

Contribution au financement du paritarisme

La gestion du produit de la contribution au financement du paritarisme est assurée par l'association de gestion du CCHSCT de la production cinématographique et de films publicitaires séparément de celle concernant le CCHSCT. A cet effet sera ouvert un numéro de compte bancaire spécifique.

2.1. Taux de la contribution

Le financement du fonds d'aide au paritarisme, prévu à l'article 10 du titre I^{er} de la convention collective, est assuré par une contribution à la charge des entreprises relevant de la convention collective dont le montant, qui est révisé par avenant, est fixé à 0,045 % de la masse salariale brute des personnels intermittents, techniciens et artistes, et des personnels permanents desdites entreprises.

Les parties conviennent, au cas où le montant total de la contribution au paritarisme résultant du pourcentage de 0,045 % de la masse salariale serait inférieur à 180 000 €, que le pourcentage de 0,045 % sera proportionnellement réajusté, afin de garantir ce montant plancher du paritarisme collecté, sous réserve de la conjoncture sectorielle. Ce réajustement fait l'objet d'un avenant au présent accord.

2.2. Répartition du produit de la contribution

Par dérogation à l'article 10 du titre I^{er} de la convention collective, les parties au présent accord conviennent de répartir le produit de cette contribution de la manière suivante, après prélèvement des frais de gestion afférents au financement du paritarisme, fixés selon les modalités prévues dans les statuts de l'association de gestion du CCHSCT et du financement du paritarisme de la production cinématographique (ci-après dénommée l'association) :

- 78 % pour les organisations de salariés représentatives dans la branche ;
- 22 % pour les organisations d'employeurs.

2.2.1. Répartition entre les organisations de salariés

La part d'aide au paritarisme revenant aux organisations syndicales de salariés citées au 2.1 est répartie proportionnellement à leur représentativité fixée par l'arrêté ministériel en vigueur arrêtant la liste des organisations syndicales reconnues représentatives dans la branche de la production cinématographique et de films publicitaires, sous réserve de la déduction préalable d'une part fixe de 3 000 € accordée indistinctement à chacune des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche.

2.2.2. Répartition entre organisations d'employeurs

Les organisations d'employeurs signataires du présent accord conviennent de consacrer prioritairement leur part d'aide au paritarisme au financement du fonctionnement de la commission paritaire dérogatoire instituée à l'annexe III du titre II de la convention collective (dénommée ci-après « la commission »).

La somme correspondante comprendra, d'une part, les frais de secrétariat et, d'autre part, les indemnités de présence versées aux membres de la commission présents aux réunions de celle-ci dans la limite de 20 % de ladite somme.

Le secrétariat de la commission est assuré par l'une des organisations d'employeurs signataires du présent accord selon des modalités arrêtées dans les statuts de l'association ci-après désignée. Depuis le 22 novembre 2013, le SPI a été désigné par le collège employeur pour prendre en charge le secrétariat de la commission.

La part d'aide au paritarisme correspondant aux besoins de la commission est affectée au secrétariat de la commission, après approbation des comptes de l'année considérée par l'assemblée générale annuelle de l'association. A cet effet, le collège employeur au sein de l'association se réunit chaque année pour évaluer le montant des sommes correspondantes sur proposition de l'organisation en charge du secrétariat de cette commission.

Le reliquat d'aide au paritarisme revenant le cas échéant aux organisations d'employeurs après affectation des sommes dédiées au fonctionnement de la commission est réparti entre les organisations du collège employeur de la branche selon des modalités définies entre elles en référence aux dispositions légales qui seront en vigueur à cette date.

En cas de modification de la gestion du secrétariat de la commission, le montant du paritarisme revenant au collège employeur de la branche sera réparti entre les organisations qui en sont membres selon des modalités définies entre elles en référence aux modalités fixées par les dispositions légales qui seront en vigueur à cette date.

Article 3

Collecte de la contribution

La contribution au financement du paritarisme est collectée de manière trimestrielle auprès des entreprises relevant de la convention collective par l'intermédiaire d'AGEPRO, filiale du groupe Audiens, désignée par le présent accord comme organisme de collecte. Le produit de la collecte est reversé dans son intégralité sur un numéro de compte bancaire spécifique au financement du paritarisme ouvert par l'association de gestion du CCHSCT cinéma visée au protocole d'accord instituant le CCHSCT de la production cinématographique du 17 décembre 2007 (ci-après dénommée « l'association »).

La convention de gestion conclue le 2 avril 2008 entre l'association et AGEPRO, qui définit les modalités de collecte de la contribution au titre du CCHSCT cinéma, sera révisée sous le contrôle des organisations d'employeurs et de salariés constituant l'association de gestion du CCHSCT afin d'ajouter les prestations nécessaires à la collecte et l'attribution de la contribution au financement du paritarisme dans le champ de ses compétences.

Conformément à l'article 10 du titre I^{er} de la convention collective, les sommes revenant aux organisations syndicales de salariés et aux organisations d'employeurs concernées au titre de l'aide au paritarisme sont reversées et soldées une fois par an par l'association à celles-ci, après approbation des comptes de l'année considérée du financement du paritarisme par l'assemblée générale annuelle de l'association. Une avance peut être versée en cours d'année si le niveau des fonds collectés le permet, et sous réserve d'approbation des comptes ultérieure.

Le présent accord fera l'objet d'une demande d'extension auprès du ministère du travail par la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 3 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

UPF ;
SPI ;
API ;
APC.

Syndicat de salariés :

SNTPCT.

Brochure n° 3363

Convention collective nationale

**IDCC : 2785. – SOCIÉTÉS DE VENTES VOLONTAIRES
DE MEUBLES AUX ENCHÈRES PUBLIQUES
ET DES OFFICES DE COMMISSAIRES-PRISEURS JUDICIAIRES**

ADHÉSION PAR LETTRE DU 7 JANVIER 2016 DE LA FESSAD UNSA
À L'ACCORD DU 28 SEPTEMBRE 2015
PORTANT SUR L'INSTAURATION D'UN RÉGIME
DE REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650146M
IDCC : 2785

Bagnolet, le 7 janvier 2016.

*FESSAD UNSA, 21, rue Jules-Ferry, 93177 Bagnolet Cedex, à la direction générale du travail,
dépôt des accords collectifs, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15.*

Madame, Monsieur,

La fédération UNSA des syndicats de services, activités diverses, tertiaires et connexes (FESSAD UNSA), déclarée le 15 mars 1999, vous informe, conformément à l'article L. 2261-3 du code du travail, de son adhésion à l'accord portant sur l'instauration d'un régime de remboursement complémentaire de frais de santé du 28 septembre 2015 dans la branche des commissaires-priseurs judiciaires et opérateurs de ventes volontaires.

Vous trouverez en pièce jointe la copie des courriers envoyés aux signataires de ces accords.

Vous remerciant de votre attention, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre parfaite considération.

La secrétaire générale.

Accord professionnel
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS SOUS CONTRAT

ACCORD DU 11 FÉVRIER 2015
RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE
DES PERSONNELS CADRES ET ASSIMILÉS EN ÎLE-DE-FRANCE
NOR : ASET1650077M

PRÉAMBULE

Un régime de prévoyance obligatoire au niveau régional garantissant les risques incapacité, invalidité et décès a été instauré par l'accord du 15 novembre 2006.

Les partenaires sociaux ont décidé, d'une part, d'améliorer le niveau des garanties en harmonisant en totalité les prestations entre les salariés cadres et assimilés et non cadres et, d'autre part, de renforcer l'efficacité du dispositif de mutualisation professionnelle des risques notamment par un contrôle accru du régime.

A cet effet, ils ont conclu un accord le 22 juin 2011 révisant les dispositions de l'accord de prévoyance des personnels cadres du 15 novembre 2006 et s'y substituant.

Un accord national du 2 octobre 2013 ayant révisé et s'étant substitué à l'accord national de prévoyance des salariés cadres du 4 mai 2011, les partenaires sociaux décident d'adapter l'accord du 22 juin 2011.

A cet effet, les dispositions du présent accord révisent les dispositions de l'accord régional de prévoyance des cadres du 22 juin 2011 et s'y substituent.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau régional d'un régime de prévoyance obligatoire « incapacité, invalidité, décès » déterminant un ensemble de garanties identiques, au bénéfice de l'ensemble des salariés cadres et assimilés (dénommés ci-après « participants ») en contrepartie de cotisations identiques dans leur taux et dans la répartition employeur-salarié.

Il complète les garanties incapacité, invalidité et décès instituées par l'accord national de prévoyance des salariés cadres du 2 octobre 2013, tout en étant indépendant de ce dernier, y compris du cadre de la mutualisation organisée au plan national.

L'efficacité du régime de prévoyance régional des cadres et assimilés est assurée par l'instauration d'un mécanisme de mutualisation des risques. Les partenaires sociaux s'inscrivent dans une démarche globale visant à maîtriser tous les aspects de cette mutualisation, notamment en veillant à une totale transparence des relations avec les organismes assureurs.

Cette mutualisation est organisée à travers l'adhésion obligatoire des établissements relevant du champ d'application de l'accord à un contrat de garanties collectives identiques pour tous les bénéficiaires visés à l'article 3, appelé « contrat d'assurance régional des cadres et assimilés », souscrit

dans le cadre de la commission paritaire régionale de prévoyance des cadres et assimilés (CPRPCA) auprès de l'un des organismes assureurs désignés à l'article 6 de l'accord national du 2 octobre 2013, sur la base d'une formule contractuelle unique.

Les prestations supplémentaires ou de niveau supérieur qui pourraient être prévues par accord d'entreprise ou par engagement unilatéral ne relèvent ni du présent accord ni de la mutualisation qu'il organise.

Le contrat d'assurance régional des cadres et assimilés, définissant notamment les prestations et leurs modalités d'application, est joint au présent accord (non publié).

Le contrat d'assurance régional est susceptible d'évoluer via la souscription d'avenants à ce contrat dans le cadre de la CPRPCA selon les modalités prévues à l'article 7.1.2.

Les modifications portant sur les prestations et/ou les droits et obligations des bénéficiaires et des établissements donneront lieu à l'élaboration d'une nouvelle notice d'information unique par les organismes assureurs.

Article 2

Champ d'application

Cet accord s'applique aux établissements d'enseignement privé d'Ile-de-France adhérant à l'un des organismes employeurs signataires et ayant passé un contrat avec l'Etat pour une ou plusieurs classes dans le cadre de l'article L. 442-1 du code de l'éducation.

Sous réserve d'une autorisation expresse, dans les conditions précisées à l'article 7.1.1 de la CPRPCA, les organismes contribuant au fonctionnement des établissements désignés ci-dessus pourront adhérer, au profit de leurs salariés cadres et assimilés, au contrat d'assurance régional des cadres et assimilés.

Article 3

Bénéficiaires du régime

Article 3.1

Définition des bénéficiaires

Le présent régime de prévoyance « incapacité, invalidité, décès » bénéficie à l'ensemble des salariés cadres et assimilés (relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947) rémunérés par les établissements et titulaires d'un contrat de travail quelle qu'en soit la nature.

Article 3.2

Conditions de travail effectif et d'ancienneté

Pour bénéficier des garanties incapacité et invalidité, le salarié doit, à la date d'arrêt de travail, justifier de 1 mois au moins de travail effectif au cours des 18 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord.

Sont assimilées à des périodes de travail effectif les périodes ayant donné lieu au versement de prestations au titre du présent accord ainsi que toutes les périodes assimilées à du temps de travail effectif par la loi.

Cette condition ne s'applique pas :

- pour l'ouverture du droit à la garantie décès et invalidité absolue et définitive (IAD) ;
- si l'état d'incapacité ou d'invalidité résulte d'un accident de travail survenu après l'embauche dans l'établissement ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'établissement ;
- si le salarié justifie d'au moins 1 an d'ancienneté dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice de la mise en œuvre des dispositions légales ou conventionnelles par les employeurs relatives au « maintien de salaire » total ou partiel en cas de maladie ou d'accident.

Article 3.3

Franchise

Pour les salariés dont l'ancienneté est inférieure à 1 an, le bénéfice des prestations « incapacité et invalidité » dues au titre du présent régime commence au 91^e jour d'arrêt de travail.

Pour les salariés dont l'ancienneté est d'au moins 1 an, les prestations « incapacité et invalidité » dues au titre du présent régime interviennent en complément et relais des dispositions légales ou conventionnelles imposant à l'employeur un « maintien de salaire » total ou partiel en cas de maladie ou d'accident.

L'ancienneté est appréciée au niveau d'un ou de plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord, quelles que soient les fonctions exercées.

Cette franchise ne s'applique pas pour l'ouverture du droit à la garantie « décès et IAD ».

Article 3.4

Dispositions particulières s'agissant des salariés dont le contrat de travail est suspendu

3.4.1. Suspension rémunérée ou indemnisée

La couverture « incapacité, invalidité, décès » est maintenue, en cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée au titre du régime de sécurité sociale ou par le présent régime ou par l'employeur directement.

3.4.2. Congé parental d'éducation ou période d'activité à temps partiel pour élever un enfant

Les salariés en congé parental d'éducation bénéficient du maintien de la garantie « décès et IAD » sur la base du salaire brut antérieur, sans paiement d'une quelconque contribution, pendant une durée maximum de 2 mois de date à date à compter du jour de départ en congé.

De même, les salariés sollicitant une période d'activité à temps partiel pour élever un enfant bénéficient du maintien de la garantie « décès et IAD » sur la base du salaire brut antérieur, sans paiement d'une quelconque contribution sur la partie non travaillée, pendant une durée maximum de 2 mois de date à date à compter du début de la période.

A l'issue de cette période de 2 mois, le salarié peut contribuer volontairement aux garanties « décès et IAD » précitées pour la durée du congé parental d'éducation ou de la période d'activité à temps partiel pour élever un enfant, sur la base du salaire annuel brut correspondant aux 12 derniers mois d'activité. La demande de maintien de ces garanties au-delà des 2 mois de gratuité doit être faite par écrit simultanément à l'établissement employeur et à l'organisme assureur avant l'expiration du deuxième mois de gratuité.

Pour ce faire, il doit verser une cotisation ayant pour assiette selon le cas :

- le salaire annuel brut de référence, pour le salarié en congé parental d'éducation total ;
- la différence entre le salaire brut de référence et le salaire brut perçu pendant la durée du temps partiel pour élever un enfant.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus dans le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

3.4.3. Autres congés non rémunérés

Les salariés en congé non rémunéré bénéficient du maintien de la garantie « décès et IAD », sans paiement d'une quelconque contribution, pendant une durée maximum de 2 mois de date à date à compter du jour de départ en congé non rémunéré.

A l'issue de cette période de 2 mois, le salarié peut contribuer volontairement aux garanties « décès et IAD » précitées, dans la limite de 1 an à compter du jour du départ en congé, sur la base du salaire annuel brut correspondant aux 12 derniers mois d'activité. La demande de maintien de ces garanties au-delà des 2 mois de gratuité doit être faite par écrit simultanément à l'établissement employeur et à l'organisme assureur avant l'expiration du deuxième mois de gratuité.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus dans le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

Article 3.5

Dispositions particulières s'agissant des salariés bénéficiant d'un régime de préretraite progressive

En application des accords conclus avant la suppression du dispositif par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003, et jusqu'à extinction :

- les garanties « incapacité, invalidité, décès » sont maintenues sur la base du salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive ;
- la garantie « décès et IAD » est également maintenue sur la base du revenu de remplacement.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus au contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

Article 3.6

Dispositions particulières s'agissant des salariés dont le contrat de travail est rompu

3.6.1. Préretraite totale

La garantie « décès et IAD » du régime de prévoyance est maintenue au bénéficiaire d'une préretraite totale, sous réserve que le salarié en fasse la demande à l'employeur et à l'assureur dans le mois qui précède la date de rupture du contrat de travail et que la cotisation due pour ce risque soit acquittée.

La cotisation de prévoyance est assise sur le revenu de remplacement déterminé au moment de la signature de la convention. Elle fait l'objet d'un versement unique au moment de la rupture du contrat de travail.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus dans le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

La cotisation est prise en charge pour partie par l'employeur selon une répartition à négocier dans l'établissement.

3.6.2. Chômage

La garantie « décès et IAD » est maintenue pendant 12 mois à compter de la fin du contrat de travail, pour tout salarié en chômage total bénéficiant d'une allocation à ce titre suite à un licenciement pour inaptitude à l'emploi sans possibilité de reclassement ou licenciement pour motif économique.

Article 3.7

Cas des salariés ne remplissant pas les conditions de durée de travail ou d'affiliation suffisantes

Les salariés qui ne rempliraient pas, en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, les conditions de cotisation et de durée d'activité nécessaires à l'ouverture du droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale ou en application des dispositions de l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale, tout en remplissant les conditions requises aux articles 3.2 et 3.3 du présent accord, percevront néanmoins les prestations incapacité et invalidité prévues par le présent régime.

Celles-ci seront calculées comme si l'intéressé était prestataire de la sécurité sociale.

Article 4

Prestations

Les prestations faisant l'objet du présent accord sont celles prévues par le contrat d'assurance régional des cadres et assimilés (non publié).

Il définit notamment l'assiette et les modalités de revalorisation des prestations.

Elles sont résumées dans la notice d'information (pièce n° 2) et regroupées dans les catégories suivantes :

- décès ;
- incapacité ;
- invalidité.

Le service des prestations résulte de la seule responsabilité des organismes assureurs, l'engagement de l'établissement ne portant que sur le paiement des cotisations.

Les prestations sont susceptibles d'évoluer dans les conditions prévues à l'article 7.1.2.

Article 5

Financement

Article 5.1

Assiette

Les cotisations sont calculées sur le salaire brut servant de base à la déclaration annuelle des salaires transmise à l'administration fiscale.

Aucune cotisation de prévoyance n'est due à l'organisme assureur sur les prestations du régime liquidées et versées par ses soins pendant toute la période de versement desdites prestations aux salariés ou anciens salariés bénéficiaires.

Article 5.2

Taux et répartition de la cotisation

La cotisation servant au financement du régime de prévoyance « incapacité-invalidité-décès » s'élève à un montant correspondant à 0,22 % du salaire brut visé à l'article 5.1.

Cette cotisation est prise en charge par les établissements et par les salariés dans les proportions suivantes :

(En pourcentage.)

GARANTIE	PART EMPLOYEUR	PART SALARIÉ
Incapacité		0,04
Invalidité	0,02	0,04

GARANTIE	PART EMPLOYEUR	PART SALARIÉ
Décès et IAD	0,08	0,04

Le taux et la répartition de la cotisation sont identiques pour tous et ouvrent droit à des prestations identiques. Ils sont susceptibles d'évoluer dans les conditions prévues à l'article 7.1.2.

Article 6

Organismes assureurs

L'organisme désigné pour assurer la couverture des risques incapacité, invalidité et décès est celui désigné par l'établissement pour assurer la couverture nationale.

En cas de changement d'organisme assureur, les rentes en cours de service seront revalorisées selon le même mode que le contrat précédent, conformément aux exigences de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

Enfin, les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès seront, dans ce cas, au moins égales à celles déterminées par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet de la résiliation, et les prestations décès continueront à être revalorisées après la résiliation du contrat d'assurance lorsqu'elles prennent la forme de rente.

Article 7

Commissions paritaires

Article 7.1

Commission paritaire régionale de prévoyance des cadres et assimilés (CPRPCA)

7.1.1. Composition et missions générales

La CPRPCA est composée de représentants des organisations signataires du présent accord, à raison de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés représentatives dans la profession et d'un nombre égal de représentants des organismes employeurs.

Un président et un secrétaire appartenant, l'un au collège des employeurs, l'autre au collège des salariés, sont désignés pour 1 an et en alternance de collège. Ces désignations prennent effet au 1^{er} janvier suivant.

La CPRPCA :

- examine et contrôle les résultats de la gestion administrative et financière du régime institué par le présent accord ;
- suit l'évolution du régime et étudie toute mesure utile ;
- fait évoluer, dans les conditions fixées à l'article 7.1.2, les prestations et les cotisations ;
- a la compétence exclusive d'interprétation des dispositions du présent accord ;
- statue sur toute difficulté pouvant se présenter dans l'application de l'accord régional ;
- définit les orientations d'utilisation du fonds social ;
- se prononce sur la demande d'adhésion volontaire des structures ou établissements visés à l'article 2, alinéa 2, du présent accord. Dans ce cas, la CPRPCA prend sa délibération à l'unanimité des deux collèges. Chaque collège s'exprime à la majorité absolue des organismes le composant, présents ou représentés.

Pour ce faire, la CPRPCA se réunit au moins une fois par an.

La commission peut être convoquée à la demande de l'une des parties signataires.

7.1.2. Evolution du régime

Toute demande de modification du contrat d'assurance régional émanant soit de l'une des parties signataires, soit de l'un des organismes assureurs désignés, sera adressée à la CPRPCA.

Après examen, la commission peut autoriser la conclusion d'un avenant au contrat régional d'assurance, pouvant notamment porter sur le montant des prestations, le taux ou la répartition des cotisations.

Elle prend sa délibération à l'unanimité des deux collèges. Chaque collège s'exprime à la majorité absolue des organismes le composant, présents ou représentés.

Les organismes assureurs devront rédiger une nouvelle notice d'information qui sera remise aux salariés.

La commission peut, selon les mêmes modalités, décider de l'application d'un taux d'appel inférieur ou supérieur aux taux mentionnés à l'article 5.2 pour une durée maximale de 1 an.

Article 7.2

Mission déléguée par la commission paritaire nationale

Par délégation de la commission paritaire nationale de prévoyance des cadres et assimilés, la CPRPCA assure le relais au niveau local, dans les conditions prévues par l'article 7.2 de l'accord national du 2 octobre 2013.

A ce titre :

- elle émet un avis sur les difficultés pouvant survenir localement dans l'application de l'accord national ou le traitement des dossiers des bénéficiaires ;
- elle peut être saisie en cas de litiges dans l'application de l'accord ou du contrat d'assurance nationaux.

En cas de désaccord persistant ou de nécessité d'une interprétation du texte national, le litige est porté devant la CPNPCA ;

- dans le cadre des grandes orientations définies par la CPNPCA pour les fonds sociaux, elle assure la liaison entre le participant et l'organisme assureur et elle émet un avis sur les dossiers de demandes. Elle rend compte annuellement à la CPNPCA ;
- la CPRPCA veille à garantir localement un lien avec les organismes assureurs dans le présent accord ; à cet effet, elle assure un service d'assistance technique au profit des établissements et des bénéficiaires.

Article 8

Fonds social

Les bénéficiaires du régime ont accès au fonds social constitué au niveau du régime.

Le fonds social a vocation à connaître des situations exceptionnelles et individuelles rencontrées par les bénéficiaires qui justifieraient l'attribution d'une aide spécifique du régime.

Le fonds social du régime n'intervient qu'après la sollicitation du fonds social de l'organisme assureur auquel adhère l'établissement ou à défaut de l'aide de cet organisme.

La commission paritaire régionale de prévoyance des non-cadres décidera des orientations de l'utilisation du fonds social et de sa gestion pour l'octroi des aides accordées par le fonds dans le cadre du financement fixé par le présent accord.

La CPRPNC suit annuellement l'application des orientations décidées et les montants ou les aides alloués à ce titre.

Le règlement intérieur de la CPRPNC détermine les modalités d'application du présent article.

Article 9

Information des participants

La notice d'information est rédigée par les organismes assureurs et remise aux établissements pour diffusion obligatoire aux participants.

Toute modification de leurs droits et obligations donnera lieu à la rédaction, par les organismes assureurs, d'une nouvelle notice d'information qui sera remise par les établissements aux participants.

Les établissements remettent à chaque participant et à tout nouvel embauché la notice d'information détaillée.

Article 10

Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entre en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2013.

Article 11

Révision et dénonciation

Article 11.1

Révision

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 et au président de la CPRPCA, accompagnée du projet de révision envisagé.

En accord avec le secrétaire, le président convoque la CPRPCA pour examiner cette proposition dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la demande.

Après avis de la CPRPCA, son président convoque les partenaires sociaux en vue d'une négociation.

L'éventuel avenant de révision est négocié et conclu dans les formes prévues par le code du travail.

Article 11.2

Dénonciation

Les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer, dans les conditions prévues par le code du travail, moyennant un préavis de 3 mois. Cette dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et au président de la CPRPCA.

En accord avec le secrétaire, le président de la commission convoque les partenaires sociaux dans un délai de 3 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 de 3 mois.

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 de 3 mois.

Article 12

Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet, à la diligence des parties, des formalités de dépôt et de publicité dans les conditions prévues par le code du travail.

Fait à Paris, le 11 février 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

UNETP ;
SYNADIC ;
UROGEC Ile-de-France.

Syndicats de salariés :

SPELC ;
FEP CFDT ;
SNEC CFTC ;
SYNEP CFE-CGC ;
SNEIP CGT.

Accord professionnel
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS SOUS CONTRAT

ACCORD DU 11 FÉVRIER 2015
RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE
DES PERSONNELS NON CADRES ET ASSIMILÉS EN ÎLE-DE-FRANCE
NOR : ASET1650080M

PRÉAMBULE

Un régime de prévoyance obligatoire au niveau régional garantissant les risques incapacité, invalidité et décès a été instauré par l'accord du 15 novembre 2006.

Les partenaires sociaux ont décidé, d'une part, d'améliorer le niveau des garanties en harmonisant en totalité les prestations entre les salariés cadres et assimilés et non cadres et, d'autre part, de renforcer l'efficacité du dispositif de mutualisation professionnelle des risques notamment par un contrôle accru du régime.

A cet effet, ils ont conclu un accord le 22 juin 2011 révisant les dispositions de l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 15 novembre 2006 et s'y substituant.

Un accord national du 2 octobre 2013 ayant révisé et s'étant substitué à l'accord national de prévoyance des salariés cadres du 4 mai 2011, les partenaires sociaux décident d'adapter l'accord du 22 juin 2011.

A cet effet, les dispositions du présent accord révisent les dispositions de l'accord régional de prévoyance des cadres du 22 juin 2011 et s'y substituent.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau régional d'un régime de prévoyance obligatoire « incapacité, invalidité, décès » déterminant un ensemble de garanties identiques, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1 (dénommés ci-après « participants ») en contrepartie de cotisations identiques dans leur taux et dans la répartition employeur-salarié.

Il complète les garanties incapacité, invalidité et décès instituées par l'accord national de prévoyance des salariés non cadres du 2 octobre 2013, tout en étant indépendant de ce dernier, y compris du cadre de la mutualisation organisée au plan national.

L'efficacité du régime de prévoyance régional des non-cadres est assurée par l'instauration d'un mécanisme de mutualisation des risques. Les partenaires sociaux s'inscrivent dans une démarche globale visant à maîtriser tous les aspects de cette mutualisation, notamment en veillant à une totale transparence des relations avec les organismes assureurs.

Cette mutualisation est organisée à travers l'adhésion obligatoire des établissements relevant du champ d'application de l'accord à un contrat de garanties collectives identiques pour tous les bénéficiaires visés à l'article 3, appelé « contrat d'assurance régional des non-cadres », souscrit dans le

cadre de la commission paritaire régionale de prévoyance des non-cadres (CPRPNC) auprès de l'un des organismes assureurs désignés à l'article 6 de l'accord national du 2 octobre 2013, sur la base d'une formule contractuelle unique. Les prestations supplémentaires ou de niveau supérieur qui pourraient être prévues par accord d'entreprise ou par engagement unilatéral ne relèvent ni du présent accord ni de la mutualisation qu'il organise.

Le contrat d'assurance régional des non-cadres, définissant notamment les prestations et leurs modalités d'application, est joint au présent accord (non publié).

Le contrat d'assurance régional est susceptible d'évoluer via la souscription d'avenants à ce contrat dans le cadre de la CPRPNC selon les modalités prévues à l'article 7.1.2.

Les modifications portant sur les prestations et/ou les droits et obligations des bénéficiaires et des établissements donneront lieu à l'élaboration d'une nouvelle notice d'information unique par les organismes assureurs.

Article 2

Champ d'application

Cet accord s'applique aux établissements d'enseignement privé d'Ile-de-France adhérant à l'un des organismes employeurs signataires et ayant passé un contrat avec l'Etat pour une ou plusieurs classes dans le cadre de l'article L. 442-1 du code de l'éducation.

Sous réserve d'une autorisation expresse, dans les conditions précisées à l'article 7.1.1 de la CPRPNC, les organismes contribuant au fonctionnement des établissements désignés ci-dessus pourront adhérer, au profit de leurs salariés ouvriers et employés, au contrat d'assurance régional des non-cadres.

Article 3

Bénéficiaires du régime

Article 3.1

Définition des bénéficiaires

Le présent régime de prévoyance « incapacité, invalidité, décès » bénéficie à l'ensemble des salariés rémunérés par les établissements et titulaires d'un contrat de travail quelle qu'en soit la nature à l'exception de ceux relevant du régime des cadres et assimilés au titre des dispositions des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 ⁽¹⁾.

Article 3.2

Conditions de travail effectif et d'ancienneté

Pour bénéficier des garanties incapacité et invalidité, le salarié doit, à la date d'arrêt de travail, justifier de 1 mois au moins de travail effectif au cours des 18 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord.

Sont assimilées à des périodes de travail effectif les périodes ayant donné lieu au versement de prestations au titre du présent accord ainsi que toutes les périodes assimilées à du temps de travail effectif par la loi.

Cette condition ne s'applique pas :

- pour l'ouverture du droit à la garantie décès et invalidité absolue et définitive (IAD) ;
- si l'état d'incapacité ou d'invalidité résulte d'un accident de travail survenu après l'embauche dans l'établissement ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'établissement ;

(1) Les salariés relevant de l'article 36 de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 bénéficient des présentes.

- si le salarié justifie d’au moins 1 an d’ancienneté dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d’application de l’accord.

Les dispositions du présent article s’appliquent sans préjudice de la mise en œuvre des dispositions légales ou conventionnelles par les employeurs relatives au « maintien de salaire » total ou partiel en cas de maladie ou d’accident.

Article 3.3

Franchise

Pour les salariés dont l’ancienneté est inférieure à 1 an, le bénéfice des prestations « incapacité et invalidité » dues au titre du présent régime commence au 91^e jour d’arrêt de travail.

Pour les salariés dont l’ancienneté est d’au moins 1 an, les prestations « incapacité et invalidité » dues au titre du présent régime interviennent en complément et relais des dispositions légales ou conventionnelles imposant à l’employeur un « maintien de salaire » total ou partiel en cas de maladie ou d’accident.

L’ancienneté est appréciée au niveau d’un ou de plusieurs établissements relevant du champ d’application de l’accord, quelles que soient les fonctions exercées.

Cette franchise ne s’applique pas pour l’ouverture du droit à la garantie « décès et IAD ».

Article 3.4

Dispositions particulières s’agissant des salariés dont le contrat de travail est suspendu

3.4.1. Suspension rémunérée ou indemnisée

La couverture « incapacité, invalidité, décès » est maintenue, en cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée au titre du régime de sécurité sociale ou par le présent régime ou par l’employeur directement.

3.4.2. Congé parental d’éducation ou période d’activité à temps partiel pour élever un enfant

Les salariés en congé parental d’éducation bénéficient du maintien de la garantie « décès et IAD » sur la base du salaire brut antérieur, sans paiement d’une quelconque contribution, pendant une durée maximum de 2 mois de date à date à compter du jour de départ en congé.

De même, les salariés sollicitant une période d’activité à temps partiel pour élever un enfant bénéficient du maintien de la garantie « décès et IAD » sur la base du salaire brut antérieur, sans paiement d’une quelconque contribution sur la partie non travaillée, pendant une durée maximum de 2 mois de date à date à compter du début de la période.

A l’issue de cette période de 2 mois, le salarié peut contribuer volontairement aux garanties « décès et IAD » précitées pour la durée du congé parental d’éducation ou de la période d’activité à temps partiel pour élever un enfant, sur la base du salaire annuel brut correspondant aux 12 derniers mois d’activité. La demande de maintien de ces garanties au-delà des 2 mois de gratuité doit être faite par écrit simultanément à l’établissement employeur et à l’organisme assureur avant l’expiration du deuxième mois de gratuité.

Pour ce faire, il doit verser une cotisation ayant pour assiette selon le cas :

- le salaire annuel brut de référence, pour le salarié en congé parental d’éducation total ;
- la différence entre le salaire brut de référence et le salaire brut perçu pendant la durée du temps partiel pour élever un enfant.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l’organisme assureur.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus dans le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

3.4.3. Autres congés non rémunérés

Les salariés en congé non rémunéré bénéficient du maintien de la garantie « décès et IAD », sans paiement d'une quelconque contribution, pendant une durée maximum de 2 mois de date à date à compter du jour de départ en congé non rémunéré.

À l'issue de cette période de 2 mois, le salarié peut contribuer volontairement aux garanties « décès et IAD » précitées, dans la limite de 1 an à compter du jour du départ en congé, sur la base du salaire annuel brut correspondant aux 12 derniers mois d'activité. La demande de maintien de ces garanties au-delà des 2 mois de gratuité doit être faite par écrit simultanément à l'établissement employeur et à l'organisme assureur avant l'expiration du deuxième mois de gratuité.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus dans le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

Article 3.5

Dispositions particulières s'agissant des salariés bénéficiant d'un régime de préretraite progressive

En application des accords conclus avant la suppression du dispositif par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003, et jusqu'à extinction :

- les garanties « incapacité, invalidité, décès » sont maintenues sur la base du salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive ;
- la garantie « décès et IAD » est également maintenue sur la base du revenu de remplacement.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus au contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

Article 3.6

Dispositions particulières s'agissant des salariés dont le contrat de travail est rompu

3.6.1. Préretraite totale

La garantie « décès et IAD » du régime de prévoyance est maintenue au bénéficiaire d'une préretraite totale, sous réserve que le salarié en fasse la demande à l'employeur et à l'assureur dans le mois qui précède la date de rupture du contrat de travail et que la cotisation due pour ce risque soit acquittée.

La cotisation de prévoyance est assise sur le revenu de remplacement déterminé au moment de la signature de la convention. Elle fait l'objet d'un versement unique au moment de la rupture du contrat de travail.

Le taux de cotisation et les modalités de versement sont prévus dans le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information.

La cotisation est prise en charge pour partie par l'employeur selon une répartition à négocier dans l'établissement.

3.6.2. Chômage

La garantie « décès et IAD » est maintenue pendant 12 mois à compter de la fin du contrat de travail, pour tout salarié en chômage total bénéficiant d'une allocation à ce titre suite à un licenciement pour inaptitude à l'emploi sans possibilité de reclassement ou licenciement pour motif économique.

Article 3.7

Cas des salariés ne remplissant pas les conditions de durée de travail ou d'affiliation suffisantes

Les salariés qui ne rempliraient pas, en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, les conditions de cotisation et de durée d'activité nécessaires à l'ouverture du droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale ou en application des dispositions de l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale, tout en remplissant les conditions requises aux articles 3.2 et 3.3 du présent accord, percevront néanmoins les prestations incapacité et invalidité prévues par le présent régime.

Celles-ci seront calculées comme si l'intéressé était prestataire de la sécurité sociale.

Article 4

Prestations

Les prestations faisant l'objet du présent accord sont celles prévues par le contrat d'assurance régional des non-cadres (non publié).

Il définit notamment l'assiette et les modalités de revalorisation des prestations.

Elles sont résumées dans la notice d'information (pièce n° 2) et regroupées dans les catégories suivantes :

- décès ;
- incapacité ;
- invalidité.

Le service des prestations résulte de la seule responsabilité des organismes assureurs, l'engagement de l'établissement ne portant que sur le paiement des cotisations.

Les prestations sont susceptibles d'évoluer dans les conditions prévues à l'article 7.1.2.

Article 5

Financement

Article 5.1

Assiette

Les cotisations sont calculées sur le salaire brut servant de base à la déclaration annuelle des salaires transmise à l'administration fiscale.

Aucune cotisation de prévoyance n'est due à l'organisme assureur sur les prestations du régime liquidées et versées par ses soins pendant toute la période de versement desdites prestations aux salariés ou anciens salariés bénéficiaires.

Article 5.2

Taux et répartition de la cotisation

La cotisation servant au financement du régime de prévoyance « incapacité, invalidité, décès » s'élève à un montant correspondant à 0,50 % du salaire brut visé à l'article 5.1.

Cette cotisation est prise en charge par les établissements et par les salariés dans les proportions suivantes :

(En pourcentage.)

GARANTIE	PART EMPLOYEUR	PART SALARIÉ
Incapacité		0,13
Invalidité	0,05	0,02

GARANTIE	PART EMPLOYEUR	PART SALARIÉ
Décès et IAD	0,20	0,10

Le taux et la répartition de la cotisation sont identiques pour tous et ouvrent droit à des prestations identiques. Ils sont susceptibles d'évoluer dans les conditions prévues à l'article 7.1.2.

Article 6

Organismes assureurs

L'organisme désigné pour assurer la couverture des risques incapacité, invalidité et décès est celui désigné par l'établissement pour assurer la couverture nationale.

En cas de changement d'organisme assureur, les rentes en cours de service seront revalorisées selon le même mode que le contrat précédent, conformément aux exigences de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

Enfin, les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès, seront, dans ce cas, au moins égales à celles déterminées par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet de la résiliation, et les prestations décès continueront à être revalorisées après la résiliation du contrat d'assurance, lorsqu'elles prennent la forme de rente.

Article 7

Commissions paritaires

Article 7.1

Commission paritaire régionale de prévoyance des non-cadres (CPRPNC)

7.1.1. Composition et missions générales

La CPRPNC est composée de représentants des organisations signataires du présent accord, à raison de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés représentatives dans la profession et d'un nombre égal de représentants des organismes employeurs.

Un président et un secrétaire appartenant, l'un au collège des employeurs, l'autre au collège des salariés, sont désignés pour 1 an et en alternance de collège. Ces désignations prennent effet au 1^{er} janvier suivant.

La CPRPNC :

- examine et contrôle les résultats de la gestion administrative et financière du régime institué par le présent accord ;
- suit l'évolution du régime et étudie toute mesure utile ;
- fait évoluer, dans les conditions fixées à l'article 7.1.2, les prestations et les cotisations ;
- a la compétence exclusive d'interprétation des dispositions du présent accord ;
- statue sur toute difficulté pouvant se présenter dans l'application de l'accord régional ;
- définit les orientations d'utilisation du fonds social ;
- se prononce sur la demande d'adhésion volontaire des structures ou établissements visés à l'article 2, alinéa 2, du présent accord. Dans ce cas, la CPRPNC prend sa délibération à l'unanimité des deux collèges. Chaque collège s'exprime à la majorité absolue des organismes le composant, présents ou représentés.

Pour ce faire, la CPRPNC se réunit au moins une fois par an.

La commission peut être convoquée à la demande de l'une des parties signataires.

7.1.2. Evolution du régime

Toute demande de modification du contrat d'assurance régional émanant soit de l'une des parties signataires, soit de l'un des organismes assureurs désignés sera adressée à la CPNPNC.

Après examen, la commission peut autoriser la conclusion d'un avenant au contrat régional d'assurance, pouvant notamment porter sur le montant des prestations, le taux ou la répartition des cotisations.

Elle prend sa délibération à l'unanimité des deux collèges. Chaque collège s'exprime à la majorité absolue des organismes le composant, présents ou représentés.

Les organismes assureurs devront rédiger une nouvelle notice d'information qui sera remise aux salariés.

La commission peut, selon les mêmes modalités, décider de l'application d'un taux d'appel inférieur ou supérieur aux taux mentionnés à l'article 5.2 pour une durée maximale de 1 an.

Article 7.2

Mission déléguée par la commission paritaire nationale

Par délégation de la commission paritaire nationale de prévoyance des non-cadres, la CPRPNC assure le relais au niveau local, dans les conditions prévues par l'article 7.2 de l'accord national du 2 octobre 2013.

A ce titre :

- elle émet un avis sur les difficultés pouvant survenir localement dans l'application de l'accord national ou le traitement des dossiers des bénéficiaires ;
- elle peut être saisie en cas de litiges dans l'application de l'accord ou du contrat d'assurance nationaux.

En cas de désaccord persistant ou de nécessité d'une interprétation du texte national, le litige est porté devant la CPNPNC ;

- dans le cadre des grandes orientations définies par la CPNPNC pour les fonds sociaux, elle assure la liaison entre le participant et l'organisme assureur et elle émet un avis sur les dossiers de demandes. Elle rend compte annuellement à la CPNPNC ;
- la CPRPNC veille à garantir localement un lien avec les organismes assureurs dans le présent accord ; à cet effet, elle assure un service d'assistance technique au profit des établissements et des bénéficiaires.

Article 8

Fonds social

Les bénéficiaires du régime ont accès au fonds social constitué au niveau du régime.

Le fonds social a vocation à connaître des situations exceptionnelles et individuelles rencontrées par les bénéficiaires qui justifieraient l'attribution d'une aide spécifique du régime.

Le fonds social du régime n'intervient qu'après la sollicitation du fonds social de l'organisme assureur auquel adhère l'établissement ou à défaut de l'aide de cet organisme.

La commission paritaire régionale de prévoyance des non-cadres décidera des orientations de l'utilisation du fonds social et de sa gestion pour l'octroi des aides accordées par le fonds dans le cadre du financement fixé par le présent accord.

La CPRPNC suit annuellement l'application des orientations décidées et les montants ou les aides alloués à ce titre.

Le règlement intérieur de la CPRPNC détermine les modalités d'application du présent article.

Article 9

Information des participants

La notice d'information est rédigée par les organismes assureurs et remise aux établissements pour diffusion obligatoire aux participants.

Toute modification de leurs droits et obligations donnera lieu à la rédaction, par les organismes assureurs, d'une nouvelle notice d'information qui sera remise par les établissements aux participants.

Les établissements remettent à chaque participant et à tout nouvel embauché la notice d'information détaillée.

Article 10

Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entre en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2013.

Article 11

Révision et dénonciation

Article 11.1

Révision

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 et au président de la CPRPNC, accompagnée du projet de révision envisagé.

En accord avec le secrétaire, le président convoque la CPRPNC pour examiner cette proposition dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la demande.

Après avis de la CPRPNC, son président convoque les partenaires sociaux en vue d'une négociation. L'éventuel avenant de révision est négocié et conclu dans les formes prévues par le code du travail.

Article 11.2

Dénonciation

Les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer, dans les conditions prévues par le code du travail, moyennant un préavis de 3 mois. Cette dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et au président de la CPRPNC.

En accord avec le secrétaire, le président de la commission convoque les partenaires sociaux dans un délai de 3 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 de 3 mois.

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 de 3 mois.

Article 12

Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet, à la diligence des parties, des formalités de dépôt et de publicité dans les conditions prévues par le code du travail.

Fait à Paris, le 11 février 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

UNETP ;
SYNADIC ;
UROGEC Ile-de-France.

Syndicats de salariés :

SPELC ;
FEP CFDT ;
SNEC CFTC ;
SYNEP CFE-CGC ;
SNEIP CGT.

Accord professionnel
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS SOUS CONTRAT

PROTOCOLE D'ACCORD DU 11 MARS 2015
RELATIF À LA RÉVISION DES ACCORDS COLLECTIFS DU 11 FÉVRIER 2015
SUR LES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE DES PERSONNELS CADRES ET NON CADRES
EN ÎLE-DE-FRANCE

NOR : ASET1650082M

Entre :

Le SYNADIC ;

L'UROGEC Ile-de-France ;

Le CNEAP,

D'une part, et

Le SPELC ;

La FEP CFDT ;

Le SNEC CFTC ;

Le SYNEP CFE-CGC ;

La FNEC FP FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Fusion des régimes de prévoyance cadres et non cadres

Les régimes de prévoyance cadres et non cadres sont fusionnés.

Un seul accord collectif et un seul contrat d'assurance seront rédigés en conséquence, après concertation avec les assureurs et en vue de l'application de leurs dispositions à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 2

Champ d'application

Le champ d'application des accords collectifs du 11 février 2015 est étendu à compter du 1^{er} janvier 2015 aux établissements d'enseignement privé d'Ile-de-France relevant de l'article L. 813-8 du code rural et adhérant à l'un des organismes employeurs signataires.

Article 3

Bénéficiaires du régime

L'application des garanties prévues aux articles 3.4.1 et 3.7 des accords précités est étendue aux salariés relevant de la mutualité sociale agricole.

Article 4

Garanties

En cas d'incapacité, l'indemnité journalière complémentaire est versée :

- pour les participants ayant moins de 1 an d'ancienneté : après 30 jours continus d'arrêt de travail, soit au 31^e jour ;
- pour les participants ayant au moins 1 an d'ancienneté : à compter de l'expiration de la période de maintien de salaire total et/ou en complément du maintien de salaire partiel, résultant des accords en vigueur chez l'adhérent ou de la législation en vigueur.

L'application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale relatives à la portabilité des garanties est anticipée au 1^{er} janvier 2015.

Article 5

Cotisation

La cotisation est prise en charge par les établissements et par les salariés dans les proportions suivantes :

A compter du 1^{er} janvier 2015

(En pourcentage.)

GARANTIE	CADRES ET ASSIMILÉS		EMPLOYÉS	
	0,22		0,50	
	Part employeur	Part participant	Part employeur	Part participant
Incapacité		0,04		0,13
Invalidité	0,02	0,04	0,05	0,02
Décès et IAD	0,08	0,04	0,20	0,10

A compter du 1^{er} juillet 2015

(En pourcentage.)

GARANTIE	CADRES ET ASSIMILÉS		EMPLOYÉS	
	0,22		0,425	
	Part employeur	Part participant	Part employeur	Part participant
Incapacité		0,04		0,091
Invalidité	0,02	0,04	0,05	0,014
Décès et IAD	0,08	0,04	0,20	0,07

Afin d'assurer le meilleur rapport coût/prestation, la cotisation pourra être appelée sur la base d'un taux différent de celui prévu ci-dessus.

Ce taux est arrêté chaque année, lors de la présentation des comptes, après concertation avec les organismes assureurs, à un niveau déterminé par l'actuaire conseil de la CPRP.

Le taux d'appel doit être calculé en fonction des résultats techniques du régime, du niveau de la provision pour égalisation et, le cas échéant, de la réserve générale et de la réserve générale complémentaire.

Il doit assurer la pérennité du régime sur le long terme.

En cas de désaccord sur le montant du taux d'appel, les organisations syndicales de salariés membres de la CPRP d'une part et les représentants des employeurs d'autre part peuvent faire appel à un actuaire de leur choix.

Leurs interventions sont prises en charge par le régime.

Ces actuaires, ainsi que l'actuaire conseil de la CPRP, déterminent un montant du taux d'appel de l'exercice.

Le taux d'appel ainsi défini est communiqué aux organismes assureurs par lettre avenant. Charge à ces derniers d'en aviser les employeurs.

Date d'effet : 1^{er} janvier 2015.

Fait à Paris, le 11 mars 2015.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3240

Convention collective nationale

**IDCC : 1487. – HORLOGERIE-BIJOUTERIE
(Commerce de détail)**

ACCORD DU 16 DÉCEMBRE 2015

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1650131M

IDCC : 1487

PRÉAMBULE

S'étant emparés de la généralisation de la couverture santé pour tous les salariés, les partenaires sociaux de la branche professionnelle du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie ont dans le même temps souhaité revoir les conditions de la mise en œuvre du régime prévoyance applicable au sein de la branche.

A ce titre, les partenaires sociaux ont affirmé leur volonté d'instaurer un régime prévoyance obligatoire de recommandation, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, qui présente un degré élevé de solidarité à l'égard de l'ensemble des salariés, cadres et non cadres, des entreprises et établissements relevant de son champ d'application.

Le présent accord, qui se substitue à la totalité des dispositions issues de l'accord du 15 juin 2010, institue des garanties minimales dont doivent obligatoirement bénéficier les salariés susvisés, dans les conditions définies ci-après.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le champ d'application du présent accord est celui de la convention collective du commerce de détail horlogerie et bijouterie, tel que défini dans son article 1^{er} du chapitre I^{er}.

En cas de concours de régimes applicables dans l'entreprise, y compris en matière de prestations à caractère non directement contributif du fonds social institué au titre du présent régime, la comparaison des garanties de même nature se fait obligatoirement ligne à ligne. Si l'une des garanties du régime en concours est moins favorable à la garantie de même nature du présent accord, ledit régime est considéré comme globalement moins favorable aux garanties minimales obligatoires définies ci-après. Seul le régime le plus favorable est applicable.

Les entreprises ayant un régime de prévoyance moins favorable, apprécié dans les conditions énoncées ci-dessus, devront adapter leurs garanties au plus tard dans un délai de 1 an à compter de la date d'effet du présent accord.

Article 2

Objet

Cet accord a pour objet la généralisation, dans toutes les entreprises de la branche, des garanties minimales obligatoires définies ci-après.

Article 3

Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties instituées par le présent régime de prévoyance sont l'ensemble des salariés, cadres et non cadres, entrant dans le champ d'application de la convention collective du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie.

Conformément aux dispositions du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire, modifié par le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014, pour l'application du présent régime :

- appartiennent à la catégorie objective des salariés cadres ceux relevant des articles 4, 4 *bis* et 36 de l'annexe I de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 qui peuvent être affiliés à l'AGIRC (ci-après dénommé[s] le[s] « salarié[s] cadre[s] ») ;
- appartiennent à la catégorie objective des salariés non cadres ceux ne relevant pas des articles 4, 4 *bis* et 36 de l'annexe I de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (ci-après dénommé[s] le[s] « salarié[s] non cadre[s] »).

Les salariés cadres et non cadres sont désignés ci-après collectivement « le(s) salarié(s) ».

Ainsi, les salariés cadres bénéficient du présent régime sans condition d'ancienneté.

Toutefois, le bénéfice de ce régime nécessite, pour les salariés non cadres, d'avoir *a minima* 1 an d'ancienneté.

Article 4

Garanties minimales obligatoires

Les salariés susmentionnés bénéficient obligatoirement des garanties suivantes :

- garanties incapacité de travail ;
- garanties invalidité ;
- garanties décès.

Article 5

Salaire de référence pour la détermination du montant des prestations

Le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation est égal aux rémunérations brutes des salariés (cadres et non cadres) soumises à cotisations de sécurité sociale, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de quatre fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B), déclarées au cours des 12 mois précédant l'événement.

Lorsque la période de référence des 12 derniers mois précédant l'événement n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué *pro rata temporis*.

Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé compte tenu de l'évolution du point ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité permanente professionnelle), l'invalidité et le décès.

Si une période d'incapacité temporaire a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité (le cas échéant), le salaire de référence est revalorisé compte tenu de l'évolution du point ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle.

Article 6

Définition des garanties

Article 6.1

Garanties décès

En cas de décès du salarié, il est versé au(x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant diffère selon la situation de famille du salarié à la date de son décès.

Article 6.1.1

Montant de la prestation décès pour les salariés cadres

En cas de décès du salarié cadre, quelle qu'en soit la cause, il sera versé au(x) bénéficiaire(s) un montant de :

- 400 % de la tranche A et 75 % de la tranche B du salaire de référence lorsque la date de son décès le salarié était célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge ;
- 500 % de la tranche A et 100 % de la tranche B du salaire de référence lorsque la date de son décès le salarié était marié, pacsé, sans enfant à charge ;
- 100 % de la tranche A et 25 % de la tranche B du salaire de référence par enfant à charge lorsque la date de son décès le salarié avait un ou plusieurs enfants à charge.

Ce capital sera doublé en cas de décès/IAD accidentel.

Article 6.1.2

Montant de la prestation décès pour les salariés non cadres

En cas de décès du salarié non cadre, quelle qu'en soit la cause, il sera versé au(x) bénéficiaire(s) un montant de :

- 75 % du salaire de référence lorsque la date de son décès le salarié était célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge ;
- 100 % du salaire de référence lorsque la date de son décès le salarié était marié, pacsé, sans enfant à charge ;
- 25 % du salaire de référence par enfant à charge lorsque la date de son décès le salarié avait un ou plusieurs enfants à charge.

Article 6.1.3

Bénéficiaires du capital décès

En cas de décès toutes causes ou accidentel du salarié, il est versé un capital dont le montant est stipulé aux articles 6.1.1 et 6.1.2 ci-avant, au(x) bénéficiaire(s) qu'il a désigné(s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaires, à ses ayants droit ou à défaut à ses héritiers conformément à la législation et à la réglementation applicables.

Article 6.1.4

Détermination des ayants droit

Sont déterminés comme ayants droit :

- le conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou concubin du salarié :
 - le conjoint : personne liée à l'affilié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
 - le partenaire lié par un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec l'affilié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;

- le concubin : personne vivant avec l'affilié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base de l'affilié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge ;
- les enfants de l'affilié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes de l'affilié à condition d'être à leur charge au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 6.2

Garantie dite du double effet

Le décès postérieur ou simultané du conjoint, alors qu'il reste un ou plusieurs enfants à charge, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal au double de celui versé lors du décès du salarié.

Article 6.3

Garantie liée à la perte totale et irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), également nommée invalidité absolue et définitive (IAD), correspond à une invalidité de 3^e catégorie de la sécurité sociale ou à une incapacité permanente professionnelle (IPP) consécutive à un accident de travail ou à une maladie professionnelle au taux de 80 % et ouvrant droit au versement de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) par la sécurité sociale.

A la demande du salarié et avant la liquidation de sa pension de vieillesse de la sécurité sociale, la PTIA/IAD peut donner lieu au versement du capital décès susmentionné par anticipation.

Le versement du capital par anticipation auprès du salarié met fin à toutes les garanties issues du décès.

Le capital sera doublé en cas de PTIA/IAD accidentelle du salarié.

Article 6.4

Garantie incapacité de travail

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues, au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, par la sécurité sociale.

L'indemnisation de l'organisme assureur intervient en relais et complément des obligations de mensualisation. Plus précisément, lorsque le salarié perçoit des prestations en espèces de la sécurité sociale, l'organisme assureur lui verse une indemnité journalière complémentaire, à compter de l'expiration de la première période d'indemnisation prévue en application des dispositions légales ou conventionnelles sur la mensualisation.

Article 6.4.1

Montant de la prestation

Le salarié percevra de l'organisme assureur un complément aux indemnités journalières brutes de la sécurité sociale et au maintien de salaire de l'employeur afin de lui garantir, toutes prestations confondues, 75 % du salaire brut de référence.

En aucun cas, le cumul de ces indemnités avec ce maintien de salaire par l'employeur ne peut conduire le salarié à percevoir plus que le salaire net qu'il aurait perçu s'il avait travaillé normalement.

Article 6.4.2

Durée du versement des indemnités journalières

Les prestations sont servies tant que le salarié perçoit des indemnités journalières de la sécurité sociale et cessent d'être versées :

- à la date de notification de mise en invalidité par la sécurité sociale ;
- à la date de reprise du travail ;
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse à taux plein ;
- à la date de son décès ;
- et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Article 6.5

Garantie en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP)

La prestation susceptible d'être servie pour une incapacité permanente de travail est une rente mensuelle versée en complément des prestations versées par la sécurité sociale, au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles. Aucune prestation, au titre de la présente IPP, n'est due si l'incapacité permanente est consécutive à une maladie ou à un accident de la vie privée.

Article 6.5.1

Montant de la garantie

En cas de classement du salarié par la sécurité sociale en IPP pour une incapacité supérieure ou égale à 33 %, l'organisme assureur lui verse un complément à la rente brute de la sécurité sociale afin de lui maintenir, toutes prestations confondues, 75 % du salaire de référence.

En aucun cas le cumul de ces prestations (base et complément) ne peut conduire le salarié à percevoir plus que le salaire net qu'il aurait perçu s'il avait travaillé normalement.

Article 6.5.2

Durée de la prestation

La prestation IPP est servie tant que la rente d'incapacité de la sécurité sociale est versée au salarié. Elle cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base et, au plus tard, à la date à laquelle il peut bénéficier de sa pension de vieillesse à taux plein.

Article 6.6

Garantie pension d'invalidité

Lorsque le salarié est classé, par la sécurité sociale, dans l'une des catégories d'invalidité définies à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, il sera versé au salarié une pension en complément de celle servie par la sécurité sociale.

Article 6.6.1

Montant de la garantie

En cas de classement du salarié par la sécurité sociale en invalidité, l'organisme assureur lui verse un complément à la pension d'invalidité brute de la sécurité sociale afin de lui maintenir, toutes prestations confondues, 75 % du salaire de référence.

En aucun cas, le cumul de ces prestations (base et complément) ne peut conduire le salarié à percevoir plus que le salaire net qu'il aurait perçu s'il avait travaillé normalement.

Article 6.6.2

Durée de la prestation

La prestation complémentaire est versée tant que le salarié perçoit la pension de la sécurité sociale. Elle cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base et, au plus tard, à la date à laquelle il peut bénéficier de sa pension de vieillesse à taux plein.

Article 7

Maintien des garanties

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.

Dans une telle hypothèse, l'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Article 8

Portabilité du régime de prévoyance

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 :

- 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 de l'assurance 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 un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- 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 ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la fin du contrat de travail.

Pour la mise en œuvre de la portabilité auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garanties pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier de ce maintien des garanties, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle emploi, de décès).

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale).

Article 9

Maintien des garanties

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin », la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance prévoyance conclu au titre du présent régime (quel que soit l'organisme assureur) est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant son exécution.

Ainsi, le principe est que les prestations de protection sociale complémentaire liées à la réalisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité du contrat d'assurance ne peuvent être remises en cause par la résiliation ultérieure dudit contrat.

En outre, la cessation de la relation de travail est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant cette relation (Cass. 2^e civ., 5 mars 2015, n° 13-26.892).

Par ailleurs, dans le cadre des dispositions de l'article 7.1 de la loi Evin, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Article 10

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin, les clauses du contrat collectif d'assurance prévoyance conclu au titre du présent régime (quel que soit l'organisme assureur) devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles l'assureur maintiendra la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement dudit contrat.

Dès lors, si ce contrat prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat prévoyance auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 11

Revalorisation

Les prestations liées aux garanties incapacité de travail, incapacité permanente professionnelle et invalidité sont revalorisées, *a minima*, sur l'évolution du point ARRCO aux mêmes dates d'effet.

Le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation décès est revalorisé, *a minima*, selon l'évolution du point ARRCO aux mêmes dates d'effet.

En cas de changement d'organisme assureur, la revalorisation des prestations prévues au titre du présent régime sera prise en charge par le nouvel organisme choisi par l'employeur, ou par les partenaires sociaux en cas de nouvelle recommandation, conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale.

Article 12

Cotisations du régime de prévoyance

Article 12.1

Assiette de calcul des cotisations

Le salaire annuel de référence servant de base de calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des salariés soumis à cotisations de sécurité sociale au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de quatre fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B).

Article 12.2

Cotisation globale du régime prévoyance

Le taux global de la cotisation se décompose comme suit :

(En pourcentage.)

	NON-CADRES		CADRES	
	TA	TB	TA	TB
Décès	0,10	0,10	0,76	0,10
Incapacité de travail	0,25	0,25	0,30	0,25
Invalidité	0,40	0,40	0,44	0,40
Cotisation globale	0,75	0,75	1,50	0,75

Ces taux de cotisation sont maintenus pour une durée de 2 ans à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 12.3

Répartition de la charge de la cotisation entre employeur et salarié non cadre

Le taux global de la cotisation de prévoyance établie au présent article est réparti entre l'employeur et le salarié non cadre à raison, *a minima*, de 50 % pour l'employeur et, au maximum, de 50 % pour le salarié non cadre, sachant que la cotisation relative à la garantie incapacité est intégralement à la charge du salarié.

Article 12.4

Répartition de la charge de la cotisation entre employeur et salarié cadre

Le taux global de la cotisation de prévoyance établie au présent article est pris en charge intégralement par l'employeur pour la tranche A (TA) dans la limite de 1,50 % de la TA et, au-delà, de 50 %, *a minima*, pour l'employeur et de 50 %, au maximum, pour le salarié cadre, y compris pour la tranche B (TB).

Article 13

Garanties présentant un degré élevé de solidarité

Afin de satisfaire aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, le présent accord prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

A ce titre, le régime de branche a pour vocation de permettre aux entreprises de bénéficier des actions et d'outils à caractère non directement contributif.

A cette fin, le présent accord institue un fonds social dédié au financement des prestations présentant un degré élevé de solidarité.

Conformément aux dispositions réglementaires, 2 % des cotisations sont allouées au financement du fonds social.

En tout état de cause, l'employeur devra affecter 2 % des cotisations – du contrat collectif d'assurance souscrit au titre de la couverture prévoyance – au financement de prestations présentant un degré élevé de solidarité, quel que soit l'organisme auprès duquel il sera assuré.

Article 13.1

Garanties spécifiques à la branche présentant un degré élevé de solidarité

Par le présent accord, sont notamment considérées comme des garanties spécifiques à la branche du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie présentant un degré élevé de solidarité les actions suivantes :

- la prévention des risques psychosociaux et des risques professionnels dans le secteur ;
- l'accompagnement post-traumatique faisant suite à une prise d'otage, un braquage ou des violences graves ;
- une formation à la sécurité et à la sûreté du personnel des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Si toutefois l'employeur n'adhère pas auprès de l'organisme assureur recommandé au titre du présent accord, il devra s'assurer que le contrat collectif qu'il aura souscrit auprès d'un autre assureur prévoit, *a minima*, les prestations présentant un degré élevé de solidarité susmentionnées et que, par ailleurs, 2 % des cotisations sont allouées au financement de ces prestations non directement contributives.

Article 13.2

Gestion du fonds social

Il sera créé une association dont la mission consistera à gérer le fonds et à attribuer les actions qu'il finance dans le cadre de la présente recommandation au titre du degré élevé de solidarité.

Afin de simplifier et d'organiser au mieux le fonctionnement du fonds de l'association, les parties signataires adopteront un règlement technique de gestion du fonds d'action sociale de la branche.

En tout état de cause, le fonds social dédié à la branche restera propriété du présent régime de prévoyance et, à tout le moins, de l'association instituée pour assurer sa gestion, en cas de résiliation du contrat collectif d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé.

Article 14

Commission paritaire nationale de suivi de l'accord de prévoyance

Au titre du suivi de l'application du présent accord, les partenaires sociaux signataires décident d'instituer une commission paritaire nationale de suivi du régime de prévoyance (CPNSP).

Cette commission est composée de la façon suivante :

- un collège salarié comprenant deux représentants (un titulaire et un suppléant) de chacune des organisations syndicales représentatives dans la branche ;
- un collège employeur comprenant un nombre égal de représentants d'organisations d'employeurs représentatives dans la branche.

Son rôle est de suivre l'application et l'évolution du présent accord et du régime conventionnel de prévoyance.

Au titre de ses différentes missions, il s'agira notamment de :

- piloter paritairement, à l'aide de l'organisme de prévoyance recommandé et éventuellement d'un actuaire conseil, le régime en assurant la pérennité et l'évolution régulière du dispositif grâce à sa maîtrise technique et la prise en compte des spécificités de la branche.

Ce suivi s'effectuera selon un principe de pilotage à l'équilibre de chacun des périmètres du risque. Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par voie de protocole technique ;

- proposer et valider l'évolution à la hausse ou à la baisse des garanties et/ou des tarifs, en fonction de l'équilibre financier du régime, de l'existence éventuelle d'excédents ou encore d'évolutions légales ou réglementaires notamment ;
- mettre en place, à l'aide de l'organisme de prévoyance recommandé et éventuellement d'un actuaire conseil, tout dispositif de suivi et de contrôle de l'application du présent accord ;
- piloter les actions prioritaires relatives au haut degré de solidarité.

Son fonctionnement est régi conformément aux dispositions conventionnelles applicables. Elle pourra se doter d'un règlement intérieur.

Il est convenu que cette commission se réunira, dans la mesure du possible, à raison de deux réunion(s) au moins par an.

Les réunions de la commission paritaire nationale de suivi de l'accord de prévoyance et la commission paritaire nationale de suivi de l'accord frais de santé seront, autant que possible, réunies sur une même journée ou demi-journée le cas échéant.

Article 15

Recommandation de l'organisme assureur

Article 15.1

Choix de l'organisme assureur recommandé

Au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, les partenaires sociaux ont choisi de recommander APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale sise au 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire, en tant qu'organisme assureur pour assurer et gérer la couverture des garanties « prévoyance » prévues pour les salariés de la branche.

Article 15.2

Changement d'organisme assureur

La recommandation est faite par année civile. Elle est renouvelée automatiquement par tacite reconduction, au plus sur une durée de 5 ans.

Cette recommandation peut faire l'objet d'une dénonciation notifiée par l'une ou l'autre des parties signataires moyennant un préavis de 6 mois avant la fin de l'année, soit avant le 30 juin de l'année en cours.

Les présentes dispositions se substituent à toute autre disposition ayant le même objet.

En cas de renonciation ou de non-reconduction de l'organisme assureur recommandé, les prestations en cours de service à la date de dénonciation, résiliation ou non-reconduction continueront d'être servies à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée, conformément aux dispositions de l'article 9 du présent accord.

Les garanties afférentes au décès seront maintenues, selon les modalités prévues à l'article 9 du présent accord, par l'organisme assureur faisant l'objet de la résiliation ou du non-renouvellement pour les personnes bénéficiaires des prestations incapacité ou invalidité à la date de dénonciation ou du non-renouvellement tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité.

La revalorisation de ces prestations continuera au moins sur la base déterminée par le présent accord à la date de la dénonciation de la recommandation et devra faire l'objet d'une négociation avec le ou les organismes assureurs nouvellement recommandés, en application des stipulations de l'article 11 du présent accord.

Article 16

Réexamen des conditions d'organisation de la recommandation

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

A cet effet, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance, pour étudier le rapport spécial de l'organisme recommandé sur les comptes de résultat de la période écoulée et sur les perspectives d'évolution futures du régime.

A l'issue de cet examen, le régime mis en œuvre pourra être modifié ou complété dans le respect de la mutualisation qu'il instaure.

Article 17

Convention de gestion

Un contrat collectif d'assurance et un protocole technique et financier conclus entre les partenaires sociaux et l'organisme recommandé précisent les modalités de mise en œuvre du présent régime de prévoyance.

Article 18

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

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. Toute demande de révision, totale ou partielle, devra être présentée sous forme de projet motivé.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai de 3 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.

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 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires 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 organisations syndicales de salariés et professionnelles 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 de 3 mois.

L'accord dénoncé continuera donc 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 de 3 mois.

Article 19

Publicité et extension

Conclu pour une durée indéterminée, le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

A l'issue du délai d'opposition, l'accord sera déposé à la DGT et son extension sera demandée. Un exemplaire sera également déposé en conseil des prud'hommes.

Article 20

Date d'application

Le présent accord s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2016.

Fait à Paris, le 16 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

Syndicat Saint-Eloi.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

FCS CGT ;

FEC FO.

ANNEXE I

Garanties du régime

		Montants des prestations	
		Salariés non cadres ¹	Salariés cadres ²
Condition d'ancienneté		Le régime s'applique aux salariés non cadres ayant 1 an d'ancienneté dans l'entreprise	
Décès – Invalidité Absolue et Définitive (IAD)			
Salarié célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge		75 % du salaire de référence ³	400 % de la TA ⁴ 75 % de la TB ⁵
Salarié marié sans enfant à charge		100 % du salaire de référence	500 % de la TA 100 % de la TB
Majoration par enfant à charge		+ 25 % du salaire de référence	+ 100 % de la TA + 25 % de la TB
Double effet (si décès du conjoint survivant et si enfant à charge)		100 % du capital versé au moment du décès	100 % du capital versé au moment du décès
Décès – IAD Accidentel		Néant	Doublement du capital décès de base Néant
Incapacité Temporaire de Travail (ITT)			
Salarié ayant moins d'1 an d'ancienneté dans l'entreprise	Franchise	-	A compter du 91 ^e jour d'arrêt continu
	Montant	Néant	75 % du salaire de référence
Salarié ayant 1 an d'ancienneté dans l'entreprise	Franchise	En relais et complément du maintien de salaire	En relais et complément du maintien de salaire
	Montant	75 % du salaire brut de référence	75 % du salaire de référence
Invalidité hors AT / MP ⁶			
1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e catégorie de la Sécurité sociale		75 % du salaire de référence	
Incapacité Permanente Professionnelle (IPP)			
Incapacité au taux < à 33 %		Néant	
Incapacité au taux ≥ à 33 %		75 % du salaire de référence	

¹ Salariés non cadres tels que définis à l'article 3 du présent Accord.

² Salariés cadres tels que définis à l'article 3 du présent Accord.

³ Salaire de référence tel que défini à l'article 5 du présent Accord.

⁴ La tranche A (TA) est égale à la rémunération brute soumise à cotisation limitée au plafond de la Sécurité sociale. Ce plafond est de 3 218 € pour 2016 (il est revalorisé chaque année).

⁵ La tranche B (TB) est égale au salaire brut soumis à cotisation, déduction faite de la tranche A, et limitée à 3 plafonds de la Sécurité sociale.

⁶ Accident du Travail (AT) et Maladie Professionnelle (MP).

Brochure n° 3240

Convention collective nationale

**IDCC : 1487. – HORLOGERIE-BIJOUTERIE
(Commerce de détail)**

**ACCORD DU 16 DÉCEMBRE 2015
RELATIF AU REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ**

NOR : ASET1650134M

IDCC : 1487

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé issue de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, dite de sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie ont souhaité mettre en place, par accord de branche collectif et obligatoire, un régime frais de santé au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2016, avec la volonté d'instaurer des prestations présentant un degré élevé de solidarité.

Les parties à la négociation ont souhaité garantir l'efficacité de cette couverture au niveau national par la recommandation d'un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, pour assurer la couverture du risque frais de santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives, complété par des protocoles techniques et financiers ainsi qu'un protocole de gestion administrative, conclus dans les mêmes conditions.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le champ d'application du présent accord est celui de la convention collective du commerce de détail horlogerie-bijouterie, tel que défini dans son article 1^{er} du chapitre I^{er}.

En cas de concours de régimes applicables dans l'entreprise, y compris en matière de prestations à caractère non directement contributif du fonds social institué au titre du présent régime, la comparaison des garanties de même nature se fait obligatoirement ligne à ligne. Si l'une des garanties du régime en concours est moins favorable à la garantie de même nature du présent accord, ledit régime est considéré comme globalement moins favorable aux garanties minimales obligatoires définies ci-après. Seul le régime le plus favorable est applicable.

Les entreprises ayant un régime de frais de santé moins favorable, apprécié dans les conditions énoncées ci-dessus, devront adapter leurs garanties au plus tard dans un délai de 1 an à compter de la date d'effet du présent accord.

Article 2

Objet

Cet accord a pour objet la généralisation, dans toutes les entreprises de la branche, des garanties minimales obligatoires définies ci-après.

Article 3

Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties instituées par le présent régime de frais de santé sont l'ensemble des salariés, cadres et non cadres, entrant dans le champ d'application de la convention collective du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie, sans condition d'ancienneté.

L'adhésion au régime conventionnel de base est obligatoire.

La complémentaire santé est obligatoire pour l'ensemble des salariés susvisés à l'exception de ceux pouvant être dispensés, le cas échéant, dans les conditions citées ci-après.

Article 3.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

Sont bénéficiaires du régime de base conventionnel obligatoire de frais de santé :

- l'ensemble des salariés de l'entreprise, sans condition d'ancienneté ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail ou maladie professionnelle) et indemnisés par la sécurité sociale ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant la période du maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées pour partie par l'entreprise ;
- les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail ou qui, à défaut, sont assimilés à des salariés sur le fondement de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

Article 3.2

Dérogations au caractère obligatoire

L'adhésion des salariés au régime de remboursement conventionnel frais de santé est obligatoire.

Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité permettre aux salariés qui en expriment la volonté, et à condition qu'ils soient déjà couverts par un régime de remboursement de frais de santé, de ne pas adhérer au régime conventionnel.

3.2.1. Dispenses d'adhésion

Les garanties conventionnelles sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion suivantes :

- les 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 par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les 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 ;
- les 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 ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code précité.

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 ;

- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient, y compris en qualité d'ayants droit ou dans le cadre d'un autre emploi (salariés multi-employeurs), d'une couverture collective relevant d'un dispositif de garantie frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté ⁽¹⁾, à condition de le justifier chaque année.

Il est précisé que pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint, salarié dans une autre entreprise, cette dispense ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

3.2.2. Mise en œuvre de la dispense d'affiliation

La mise en œuvre de l'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse auprès de l'employeur formulée par le salarié concerné, qui devra produire toute pièce lui permettant de justifier de sa situation.

A défaut d'une telle demande, dans les conditions définies ci-après, le salarié sera obligatoirement affilié au régime conventionnel obligatoire.

Cette demande doit comprendre la mention selon laquelle l'employeur a informé le salarié des conséquences de son choix, à savoir qu'il ne pourra pas bénéficier du contrat frais de santé mis en place au sein de l'entreprise ni de la portabilité des garanties frais de santé prévues par ce contrat en cas de cessation de son contrat de travail.

Le salarié ne bénéficie plus de la dispense d'affiliation :

- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
- à la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à son employeur.

Le salarié sera tenu de communiquer à son employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier sa situation.

A défaut de justificatif, l'employeur procédera à son affiliation.

Le salarié aura également la possibilité de revenir à tout moment sur sa décision et de solliciter, par écrit, auprès de son employeur, son adhésion au régime conventionnel.

Dans ce cas, son adhésion prendra effet au premier jour du mois qui suit la demande.

En tout état de cause, les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place, par décision unilatérale de l'employeur (DUE), d'un régime de frais de santé plus favorable que le présent accord, conformément aux modalités visées à l'article 1^{er} ci-dessus, peuvent bénéficier de la dispense prévue à l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin.

Article 3.3

Extension des garanties « frais de santé »

Conformément à l'article 3.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire.

Toutefois, une extension optionnelle de garanties frais de santé peut être souscrite, soit collectivement par l'employeur (complémentaire collective à adhésion obligatoire), soit individuellement par chaque salarié (complémentaire individuelle à adhésion facultative).

(1) Arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises.

Ainsi, les entreprises peuvent également mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire plus élevée en souscrivant à l'un des deux niveaux optionnels.

Les garanties peuvent être étendues aux ayants droit du salarié.

Pour l'application des dispositions au titre du présent régime, il faut entendre, au minimum, par ayants droit :

- le conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou concubin du salarié :
- le conjoint : personne liée à l'affilié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le partenaire lié par un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec l'affilié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec l'affilié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base de l'affilié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge ;
- les enfants de l'affilié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes de l'affilié à condition d'être à sa charge au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 4

Conditions de suspension et de cessation des garanties

Article 4.1

Suspension des garanties

Le bénéfice des garanties conventionnelles est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, il est à opérer une distinction entre les suspensions entraînant ou non rémunération ou indemnisation.

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit le cas échéant, est maintenue obligatoirement en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire total ou partiel de la rémunération par l'employeur ou du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le régime de protection sociale complémentaire.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Dans les cas où la suspension du contrat de travail du salarié ne donne lieu ni à rémunération ni à indemnisation, le bénéfice des garanties conventionnelles est suspendu.

Il peut toutefois être maintenu à la demande du salarié, en cas de suspension du contrat de travail, pour l'un des congés suivants :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à temps plein ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Le bénéfice des garanties conventionnelles pourra être maintenu, sous réserve que le salarié s'acquitte seul de l'intégralité de la cotisation au titre du régime de frais de santé calculée selon les règles applicables à la catégorie dont il relève, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur. Ce dernier conserve cependant, s'il le souhaite, la possibilité de continuer à verser sa part.

Article 4.2

Cessation des garanties

L'affiliation au régime de frais de santé cesse :

- à la date de liquidation de la pension de retraite auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse par le salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi-retraite, tel que défini par la législation en vigueur et sans préjudice des dispositions relatives au maintien des garanties des retraités, tel que défini à l'article 5.2 ci-après ;
- à la date de rupture ou de cessation du contrat de travail du salarié (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties ;
- à la date du décès du salarié ;
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée à l'article 3.3 du présent accord ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat d'assurance par l'employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du salarié et, à la même date, la cessation de l'affiliation de ses éventuels ayants droit ainsi que la cessation de la garantie optionnelle éventuellement souscrite par le salarié.

Au terme de l'affiliation du salarié due à la cessation de son contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, l'employeur sera tenu d'en informer l'organisme assureur.

Article 5

Portabilité de la complémentaire santé

Article 5.1

Portabilité en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 :

- 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 de l'assurance 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 un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise. Quant aux garanties concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou des options facultatives, étant précisé que, s'il s'agit des options facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat pour que la portabilité soit assurée au titre de cette couverture optionnelle ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Les présentes dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au présent article.

Pour la mise en œuvre de la portabilité auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garanties pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier de ce maintien de garanties, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi, de décès).

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale).

Article 5.2

Portabilité de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la loi Evin

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du présent régime à compter de l'affiliation de l'entreprise, les garanties frais de santé sont maintenues à l'identique :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement (allocations chômage), sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties (cf. art. 5.1 ci-avant) ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Les tarifs applicables aux personnes susvisées ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, conformément aux conditions fixées par le décret d'application de l'article 4 de la loi Evin.

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

Article 6

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin, les clauses du contrat collectif d'assurance santé conclu au titre du présent régime (quel que soit l'organisme assureur) devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles l'assureur maintiendra la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement dudit contrat.

Dès lors, si ce contrat prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 7

Financement

Article 7.1

Obligations des entreprises de la branche

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, y compris non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme recommandé, devront respecter une prise en charge à hauteur, *a minima*, de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans l'entreprise.

Article 7.2

Modalités de cotisation auprès de l'organisme recommandé

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « isolée ».

Parallèlement à la couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit tels que prédéfinis, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime. Les salariés

ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à des options supplémentaires facultatives.

Les cotisations supplémentaires servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

Les prestations sont limitées aux frais réels restant à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales.

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord doivent, *a minima*, garantir le socle obligatoire des garanties conventionnelles.

Article 7.3

Prestations

Le présent régime est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits solidaires et responsables, conformément aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, tels que modifiés par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, ainsi que dans le respect du niveau minimum de garanties, tel que défini à l'article D. 911-1 du code susvisé, dans le cadre du dispositif de généralisation de la complémentaire santé.

Article 7.4

Garanties présentant un degré élevé de solidarité

Afin de satisfaire aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, le présent accord prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

A ce titre, le régime de branche a pour vocation de permettre aux entreprises de bénéficier des actions et d'outils à caractère non directement contributif.

A cette fin, le présent accord institue un fonds social dédié au financement des prestations présentant un degré élevé de solidarité.

Conformément aux dispositions réglementaires, 2 % des cotisations sont allouées au financement du fonds social.

En tout état de cause, l'employeur devra affecter 2 % des cotisations – du contrat collectif d'assurance souscrit au titre de la couverture des frais de santé – au financement de prestations présentant un degré élevé de solidarité, quel que soit l'organisme auprès duquel il sera assuré.

7.4.1. Garanties spécifiques à la branche présentant un degré élevé de solidarité

Par le présent accord sont notamment considérées comme des garanties spécifiques à la branche du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie présentant un degré élevé de solidarité les actions suivantes :

- la prévention des risques psychosociaux et des risques professionnels dans le secteur ;
- l'accompagnement post-traumatique faisant suite à une prise d'otage, un braquage ou des violences graves ;
- une formation à la sécurité et à la sûreté du personnel des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Si toutefois l'employeur n'adhère pas auprès de l'organisme assureur recommandé au titre du présent accord, il devra s'assurer que le contrat collectif qu'il aura souscrit auprès d'un autre assureur prévoit, *a minima*, les prestations présentant un degré élevé de solidarité susmentionnées et que, par ailleurs, 2 % des cotisations sont allouées au financement de ces prestations non directement contributives.

7.4.2. Gestion du fonds social

Il sera créé une association dont la mission consistera à gérer le fonds et à attribuer les actions qu'il finance dans le cadre de la présente recommandation au titre du degré élevé de solidarité.

Afin de simplifier et d'organiser au mieux le fonctionnement du fonds de l'association, les parties signataires adopteront un règlement technique de gestion du fonds d'action sociale de la branche.

En tout état de cause, le fonds social dédié à la branche restera propriété du régime en cas de résiliation du contrat collectif d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé.

Article 8

Commission paritaire nationale de suivi de l'accord frais de santé

Au titre du suivi de l'application du présent accord, les partenaires sociaux signataires décident d'instituer une commission paritaire nationale de suivi du régime de frais de santé (CPNSFS).

Cette commission est composée de la façon suivante :

- un collège salarié comprenant deux représentants (un titulaire et un suppléant) de chacune des organisations syndicales représentatives dans la branche ;
- un collège employeur comprenant un nombre égal de représentants d'organisations d'employeurs représentatives dans la branche.

Son rôle est de suivre l'application et l'évolution du présent accord et du régime conventionnel de frais de santé.

Au titre de ses différentes missions, il s'agira notamment de :

- piloter paritairement, à l'aide de l'organisme assureur recommandé et éventuellement d'un actuaire conseil, le régime en assurant la pérennité et l'évolution régulière du dispositif grâce à sa maîtrise technique, la prise en compte des spécificités de la branche, l'optimisation du reste à charge des assurés et la maîtrise de la consommation ;

Ce suivi s'effectuera selon un principe de pilotage à l'équilibre de chacun des périmètres du risque.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par voie de protocole technique ;

- proposer et valider l'évolution à la hausse ou à la baisse des garanties et/ou des tarifs, en fonction de l'équilibre financier du régime, de l'existence éventuelle d'excédents ou encore d'évolutions légales ou réglementaires notamment ;
- mettre en place, à l'aide de l'organisme assureur recommandé et éventuellement d'un actuaire conseil, tout dispositif de suivi et de contrôle de l'application du présent accord, en vue notamment d'éviter toute situation de surconsommation ;
- piloter les actions prioritaires relatives au haut degré de solidarité.

Son fonctionnement est régi conformément aux dispositions conventionnelles applicables. Elle pourra se doter d'un règlement intérieur.

Il est convenu que cette commission se réunira, dans la mesure du possible, à raison de deux réunions au moins par an.

Les réunions de la commission paritaire nationale de suivi de l'accord de frais de santé et de la commission paritaire nationale de suivi de l'avenant prévoyance seront, autant que possible, réunies sur une même journée ou demi-journée le cas échéant.

Article 9

Recommandation de l'organisme assureur

Article 9.1

Choix de l'organisme assureur recommandé

Au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues pour les salariés de la branche, Umanens – la Mutuelle familiale, union de groupe mutualiste régie par le code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, siège social : 111, rue Cardinet, 75017 Paris composée de :

- la Mutuelle familiale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 784 442 915, siège social : 52, rue de Hauteville, 75010 Paris, assureur, gestionnaire et distributeur ;
- Identités mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 379 655 541, siège social : 24, boulevard de Courcelles, 75017 Paris, réassureur et distributeur ;
- Union nationale Mutualia, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 434 887 386, siège social : Les Mercuriales, 40, rue Jean-Jaurès, 93547 Bagnolet Cedex, réassureur et distributeur ;
- Entis Ré, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 337 682 660, siège social : 39, rue du Jourdil, 74960 Cran-Gevrier, réassureur et distributeur.

Article 9.2

Changement d'organisme assureur

La recommandation est faite par année civile. Elle est renouvelée automatiquement par tacite reconduction, au plus sur une durée de 5 ans.

Cette recommandation peut faire l'objet d'une dénonciation notifiée par l'une ou l'autre des parties signataires moyennant un préavis de 6 mois avant la fin de l'année, soit avant le 30 juin de l'année en cours.

Les présentes dispositions se substituent à toute autre disposition ayant le même objet.

Article 10

Réexamen des conditions d'organisation de la recommandation

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

A cet effet, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance, pour étudier le rapport spécial de l'organisme recommandé sur les comptes de résultat de la période écoulée et sur les perspectives d'évolution futures du régime.

A l'issue de cet examen, le régime mis en œuvre pourra être modifié ou complété dans le respect de la mutualisation qu'il instaure.

Article 11

Convention de gestion

Un contrat collectif d'assurance et un protocole technique et financier conclus entre les partenaires sociaux et l'organisme recommandé précisent les modalités de mise en œuvre du présent régime de frais de santé.

Article 12

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

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. Toute demande de révision, totale ou partielle, devra être présentée sous forme de projet motivé.

Les partenaires sociaux de la branche se réuniront alors dans un délai de 3 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.

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 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires 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 organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles 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 de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc 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 de 3 mois.

Article 13

Publicité et extension

Conclu pour une durée indéterminée, le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

A l'issue du délai d'opposition, l'avenant sera déposé à la DGT et son extension sera demandée. Un exemplaire sera également déposé en conseil des prud'hommes.

Article 14

Date d'application

Le présent accord s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2016.

Fait à Paris, le 16 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

Syndicat Saint-Eloi ;
FNHBJO.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;
CSFV CFTC ;
FS CFDT ;
FCS CGT.

ANNEXE I

TABEAU DE GARANTIES

REMBOURSEMENTS REGIME DE BASE		REMBOURSEMENTS GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)			
Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale	Régime général	Régime local Alsace Moselle	Socle national minimum obligatoire	Options facultatives	
				Option n° 1	Option n° 2
SOINS COURANTS					
Généraliste / Spécialiste (visite, consultation, majorations...)	70%	90%	100 % BR	150 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 130 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 180 % BR (CAS)
Acte Technique	70%	90%	100 % BR	150 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 130 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 180 % BR (CAS)
Radiologie (radio, scanner, IRM....)	70%	90%	100 % BR	150 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 130 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 180 % BR (CAS)
Auxiliaire médical (kiné, infirmier, sage-femme...)	60%	90%	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyse médicale ⁽¹⁾	60% ou 100%	90% ou 100%	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Médecine douce (ostéo, acu, chiro)	-	-	Néant	30 € / 2 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	RSS	RSS + 25 € / an / bénéficiaire	RSS + 50 € / an / bénéficiaire
Actes de prévention ⁽²⁾	35% à 70%	35% à 90%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PHARMACIE					
Pharmacie	SMR majeur	65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	SMR modéré	30%	RSS	100 % BR	100 % BR
	SMR faible	15%	RSS	100 % BR	100 % BR

BR : Base de Remboursement

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

CAS : Convention d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

SMR : Service Médical Rendu

TM : Ticket Modérateur

(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire

REMBOURSEMENTS REGIME DE BASE		REMBOURSEMENTS GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)	
Régime général	Régime local Alsace Moselle	Socle national minimum obligatoire	Options facultatives
		Option n° 1	Option n° 2
HOSPITALISATION (conventionné ou non)			
Frais de séjour	80% ou 100%	100%	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80% ou 100%	100 % BR	100 % BR
Dépassements - Honoraire médical et chirurgical	- -	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 150 % BR (CAS)	180 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 200 % BR (CAS)
Forfait Journalier	-	100 % FR	100 % FR
Forfait de 18 € sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	100 % FR	100 % FR
Maternité	Chambre particulière	Néant	50 € / jour
	Prime de naissance ⁽³⁾	Néant	10 % PMSS
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	Néant	20 € / jour
Frais de transport	65%	100 % BR	100% BR
Cure thermique (y/c forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% ou 70% 65% ou 90%	RSS	100% BR

BR : Base de Remboursement

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

CAS : Convention d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

SMR : Service Médical Rendu

TM : Ticket Modérateur

(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire

(3) Dans la limite des frais réellement engagés

Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale	REMBOURSEMENTS REGIME DE BASE		REMBOURSEMENTS GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)			
	Régime général	Régime local Alsace Moselle	Socle national minimum obligatoire	Options facultatives		Option n° 2
				Option n° 1		
DENTAIRE						
Soins Dentaires [soins dentaires, soins chirurgicaux, actes techniques, radiographie...]	70%	90%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70%	90%	100 % BR	120 % BR	150 % BR	
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base) [prothèses fixes ou amovibles, couronnes, inlay core avec ou sans clavette...]	70%	90%	125 % BR	125% BR + 150 € / an / bénéficiaire	125% BR + 300 € / an / bénéficiaire	
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y/c implantologie]	-	-	Néant	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70% ou 100%	90% ou 100%	125 % BR	150 % BR	200 % BR	
Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	

BR : Base de Remboursement

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

CAS : Convention d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

SMR : Service Médical Rendu

TM : Ticket Modérateur

REMBOURSEMENTS REGIME DE BASE		REMBOURSEMENTS GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)			
Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale	Régime général	Régime local Alsace Moselle	Options facultatives		
			Socle national minimum obligatoire	Option n° 1	Option n° 2
OPTIQUE					
Fréquence de prise en charge	60%	90%	Tous les 2 ans ⁽⁴⁾	Tous les 2 ans ⁽⁴⁾	Tous les 2 ans ⁽⁴⁾
Monture seule	60%	90%	100% BR	RSS + 75 €	RSS + 150 €
2 verres simples classe (a)	60%	90%	RSS + 100 € ^(d)	RSS + 200 € ^(d)	RSS + 300 € ^(d)
2 verres complexes classe (b)	60%	90%	RSS + 200 € ^(d)	RSS + 400 € ^(d)	RSS + 600 € ^(d)
2 verres très complexes classe (c)	60%	90%	RSS + 200 € ^(d)	RSS + 400 € ^(d)	RSS + 600 € ^(d)
1 verre simple classe (a) + 1 verre complexe classe (b)	60%	90%	RSS + 150 € ^(d)	RSS + 300 € ^(d)	RSS + 450 € ^(d)
1 verre simple classe (a) + 1 verre très complexe classe (c)	60%	90%	RSS + 150 € ^(d)	RSS + 300 € ^(d)	RSS + 450 € ^(d)
1 verre complexe classe (b) + 1 verre très complexe classe (c)	60%	90%	RSS + 150 € ^(d)	RSS + 300 € ^(d)	RSS + 450 € ^(d)
Lentilles (acceptées par le régime de base)	0% ou 60%	0% ou 90%	100% BR	100% BR + 75 €	100% BR + 150 €
Lentilles (refusées par le régime de base)	-	-	Néant	75 €	150 €
AUTRES FRAIS MEDICAUX					
Prothèse auditive	60%	90%	100 % BR	100% BR + 100 € / an / bénéficiaire	100% BR + 200 € / an / bénéficiaire
Autres prothèses (hors dentaire)	60%	90% ou 100%	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<div>(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles</div> <div><div>- Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries</div><div>- Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs</div><div>- Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries</div></div> <div>(d) Y compris forfait monture</div>					

ANNEXE II

GRILLE TARIFAIRE. – ORGANISME ASSUREUR RECOMMANDÉ

2016, 2017, 2018

Le montant des cotisations dépend du régime dont relève l'entreprise :
Régime Général

	BASE (= régime collectif obligatoire dans l'entreprise)			BASE INTERMÉDIAIRE (= régime collectif obligatoire dans l'entreprise)		BASE AMÉLIORÉE (= régime collectif obligatoire dans l'entreprise)
	Base collectif (régime obligatoire)	Base Intermédiaire (Option 1 facultative)	Base améliorée (Option 2 facultative)	Base Intermédiaire (régime collectif obligatoire)	Base améliorée (Option 2 facultative)	
Salarié	25,60€	+17,90€	+31,81€	43,50€	+13,91€	57,41€
+ Conjoint (facultatif)	29,44€	+20,36€	+33,80€	49,80€	+13,44€	63,24€
+ Enfant (facultatif)	15,36€	+10,74€	+19,09€	26,10€	+8,35€	34,45€

Régime Local (Alsace-Moselle)

	BASE (= régime collectif obligatoire dans l'entreprise)			BASE INTERMÉDIAIRE (= régime collectif obligatoire dans l'entreprise)		BASE AMÉLIORÉE (= régime collectif obligatoire dans l'entreprise)
	Base collectif (régime obligatoire)	Base Intermédiaire (Option 1 facultative)	Base améliorée (Option 2 facultative)	Base Intermédiaire (régime collectif obligatoire)	Base améliorée (Option 2 facultative)	
Salarié	10,95€	+10,38€	+23,31€	21,33€	+12,93€	34,26€
+ Conjoint (facultatif)	11,83€	+9,50€	+22,43€	21,33€	+12,93€	34,26€
+ Enfant (facultatif)	8,08€	+8,98€	+15,93€	17,06€	+6,95€	24,01€

Selon le régime collectif choisi par l'employeur, les cotisations pour les options et les ayants droit facultatifs sont à la seule charge du salarié et viennent en complément de la cotisation de base (en gras dans le tableau). La prise en charge employeur s'applique sur la seule cotisation en gras. Le montant des cotisations est valable pour 3 ans, à compter du 1^{er} janvier 2016, sauf désengagement de la Sécurité sociale.

Brochure n° 3307

Convention collective nationale

IDCC : 2264. – **HOSPITALISATION PRIVÉE**

AVENANT N° 4 DU 8 DÉCEMBRE 2015
À L'ACCORD DU 26 FÉVRIER 2001
RELATIF AU FINANCEMENT DU PARITARISME

NOR : ASET1650127M

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour finalité de modifier les modalités de répartition des cotisations destinées au financement du paritarisme pour tenir compte des spécificités du dialogue social au cours de l'année 2015.

Article 1^{er}

Affectation des cotisations

Pour la collecte 2015, effectuée sur la masse salariale de l'année 2014, dans l'article 4 de l'accord du 26 février 2001, les chiffres 20 % et 80 % sont remplacés respectivement par 10 % et 90 %.

Article 2

Durée

Le présent avenant est conclu pour une durée déterminée jusqu'au 31 décembre 2015, date à laquelle il cessera automatiquement de produire effet.

Article 3

Publicité. – Dépôt

Le présent avenant sera déposé conformément aux dispositions de l'article D. 2231-2 du code du travail.

Fait à Paris, le 8 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

SYNERPA ;

FHP.

Syndicats de salariés :

FFASS CFE-CGC ;

FSPSS FO ;

FSS CFTC ;

FSS CFDT.

Brochure n° 3307

Convention collective nationale

IDCC : 2264. – HOSPITALISATION PRIVÉE

ACCORD DU 8 DÉCEMBRE 2015

RELATIF À LA MISE EN ŒUVRE

DE LA COMMISSION PARITAIRE NATIONALE DE VALIDATION

NOR : ASET1650129M

IDCC : 2264

PRÉAMBULE

Le présent accord a pour objet, conformément aux dispositions de l'article L. 2232-22 du code du travail, dans les entreprises dépourvues de délégués syndicaux, d'une part, de définir les conditions selon lesquelles les membres élus du comité d'entreprise, de la délégation unique du personnel, de l'instance mentionnée à l'article L. 2391-1 du code du travail ou, à défaut, les délégués du personnel peuvent négocier et conclure des accords d'entreprise et, d'autre part, de définir les modalités de validation desdits accords par la commission créée à cet effet.

Le présent accord ne concerne que la négociation avec les représentants élus du personnel non mandatés par une organisation syndicale représentative dans la branche ou à défaut par une organisation syndicale représentative au niveau national et interprofessionnel.

Champ d'application

Les dispositions du présent accord national concernent les établissements privés de diagnostic et de soins (avec ou sans hébergement), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, de quelque nature que ce soit, à caractère commercial, sur l'ensemble du territoire national comprenant les départements d'outre-mer, et notamment ceux visés par la nouvelle nomenclature des activités économiques sous les rubriques :

- 86.10 : services hospitaliers ;
- 86.10Z : activités hospitalières ;
- 87.10A : hébergement médicalisé pour personnes âgées ;
- 87.10B : hébergement médicalisé pour enfants handicapés ;
- 87.10C : hébergement médicalisé pour adultes handicapés et autres hébergements médicalisés ;
- 87.30A : hébergement social pour personnes âgées ;
- 88.10B : accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées.

Article 1^{er}

Thèmes de négociation

Les thèmes ouverts à ce type de négociation sont les mesures dont la mise en œuvre est subordonnée par la loi à un accord collectif, à l'exception de ceux mentionnés à l'article L. 1233-21 du code du travail, soit les accords « de méthode » relatifs à la procédure de licenciement.

Article 2

Absence de mandatement syndical

Préalablement à cette négociation, l'employeur se sera assuré, conformément à l'article L. 2232-23-1 du code du travail, de l'absence de mandatement d'un représentant titulaire élu du personnel par une organisation syndicale représentative de la branche, ou à défaut par une organisation représentative au plan national et interprofessionnel. Pour ce faire, les élus concernés signeront un document attestant du respect de la procédure de l'article L. 2232-23-1 du code du travail et précisant qu'aucun d'entre eux n'est titulaire d'un mandatement syndical donné conformément à l'article L. 2232-21 du code du travail.

Article 3

Moyens accordés aux représentants élus du personnel

La négociation avec les représentants élus du personnel devra se dérouler conformément aux dispositions de l'article L. 2232-27-1 du code du travail dans le respect des règles suivantes :

1. Indépendance des négociateurs vis-à-vis de l'employeur ;
2. Elaboration conjointe du projet d'accord par les négociateurs ;
3. Concertation avec les salariés ;
4. Faculté de prendre l'attache des organisations syndicales représentatives de la branche.

Le temps passé aux réunions de négociation auxquelles seront conviés les titulaires et suppléants de ces instances ne s'imputera pas sur le crédit d'heures dont bénéficient les représentants du personnel dans l'exercice de leur mandat. En outre, chaque élu titulaire appelé à participer à une négociation bénéficiera du crédit d'heures tel que défini par l'article L. 2232-23 du code du travail.

L'employeur informe préalablement les organisations syndicales représentatives dans la branche ou, à défaut, l'organisation syndicale représentative au plan national et interprofessionnel, par lettre recommandée avec avis de réception, de sa décision d'engager des négociations.

Dans le cadre de la négociation avec la représentation élue du personnel, un accord de méthode conclu à la majorité des membres élus du comité d'entreprise ou de la délégation unique du personnel de l'instance mentionnée à l'article L. 2391-1 du code du travail ou à défaut à la majorité des délégués du personnel définira les moyens particuliers mis à disposition des représentants élus du personnel pour le déroulement loyal de cette négociation (temps consacré aux réunions préparatoires, documents d'information...).

A défaut d'avoir pu conclure un accord de méthode, l'employeur s'engage à fournir à l'instance concernée les informations nécessaires à la négociation au moins 8 jours avant la première réunion de négociation. Lors de la première réunion, l'employeur fixera, en concertation avec la représentation élue du personnel concernée, le calendrier prévisionnel des négociations.

Article 4

Validation des accords

La validité des accords est subordonnée à leur conclusion par l'instance concernée conformément aux dispositions de l'article L. 2232-22 du code du travail, à savoir :

- les accords conclus par des membres titulaires élus au comité d'entreprise, à la délégation unique du personnel, à l'instance mentionnée à l'article L. 2391-1 du code du travail ou, à défaut, des délégués du personnel titulaires, représentant la majorité des suffrages exprimés lors des dernières élections professionnelles ;
- l'accord ainsi conclu ne pourra acquérir la qualité d'accord d'entreprise qu'après validation par la commission paritaire nationale de validation, dans les conditions définies à l'article 9 ci-après.

Article 5

Fonctionnement de la commission paritaire

Article 5.1

Rôle

La commission paritaire nationale de validation (CPNV) a pour objet de se prononcer sur la validité des accords conclus entre l'employeur, ou son représentant, et les représentants élus au comité d'entreprise, ou les membres de la délégation unique du personnel ou de l'instance mentionnée à l'article L. 2391-1 du code du travail, ou à défaut les délégués du personnel.

La validation opérée par la CPNV porte exclusivement sur la conformité de l'accord d'entreprise aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles applicables.

Article 5.2

Composition

La CPNV est constituée des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche au plan national ainsi que des fédérations patronales de la branche de l'hospitalisation privée.

La CPNV est composée de :

- pour le collège salarié : 1 siège par organisation syndicale représentative au niveau de la branche au plan national. Chaque organisation syndicale représentative a la possibilité de désigner un suppléant ;
- pour le collège patronal : autant de sièges répartis entre la FHP et le SYNERPA. Ces organisations syndicales peuvent également désigner des suppléants.

Le suppléant pourra assister aux réunions de la CPNV. Il ne siègera pas avec voix délibérative, sauf s'il remplace un titulaire.

Si le titulaire et le suppléant d'une organisation syndicale ne peuvent participer à une réunion de la CPNV, cette organisation syndicale pourra donner pouvoir à une autre organisation syndicale.

La CPNV se réunit valablement dès lors que la majorité des représentants de chaque collège est présente (soit au jour du présent accord, trois représentants de chaque collège).

Article 5.3

Financement

Le financement du fonctionnement de la CPNV est assuré sur les fonds du FONGESMES.

Article 6

Saisine de la commission paritaire nationale de validation

La saisine de la commission paritaire nationale de validation s'effectue auprès de la fédération patronale de l'entreprise concernée :

- auprès de la FHP pour les entreprises du secteur sanitaire ;
- auprès du SYNERPA pour les entreprises du secteur médico-social.

La saisine s'effectue dans les conditions suivantes : envoi par lettre recommandée avec avis de réception au secrétariat de la commission d'une demande de validation avec l'accord d'entreprise signé par l'employeur et les représentants élus du personnel, accompagnée des documents suivants :

- une fiche signalétique dûment complétée et signée par l'employeur et les représentants élus du personnel signataire de l'accord, comportant les informations suivantes : identification de l'entreprise, effectif de l'entreprise sur les 12 mois précédant la mise en place de l'accord (cf. annexe) ;
- une copie du procès verbal des dernières élections professionnelles (pour les entreprises de plus de 10 salariés) ;
- une copie du compte rendu d'approbation de l'accord par les élus ;
- une copie des accords d'entreprise cités dans l'accord soumis à la validation ;
- un rappel des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles sur lesquelles l'accord se fonde ;
- le document constatant l'absence de mandatement après respect de la procédure de l'article L. 2232-23-1 du code du travail.

Si le secrétariat de la CPNV constate que le dossier est incomplet, il demande par lettre recommandée avec avis de réception aux signataires de l'accord de compléter le dossier.

Chaque saisine de la CPNV donnera lieu à la création d'un dossier comportant les pièces du demandeur. Ce dossier est numéroté et inscrit par ordre chronologique sur un registre.

Article 7

Secrétariat de la CPNV

Le secrétariat sera assuré par l'une des fédérations d'employeurs, qui sera chargée de l'organisation logistique de la commission.

Article 8

Réunion de la CPNV

La commission se réunit par convocation adressée par le secrétariat au plus tard 15 jours avant la réunion et dans les 4 mois après la saisine par l'entreprise.

Ces délais commencent à courir dès réception du dossier complet.

Les partenaires sociaux s'engagent à respecter la confidentialité des dossiers préalablement communiqués.

Chaque séance de la commission est présidée alternativement par un membre d'une organisation syndicale de salariés et par un représentant des organisations patronales.

En cas d'absence, un membre de la commission pourra donner pouvoir à un autre membre, ce pouvoir devra être présenté aux membres présents avant le vote sur la validation de l'accord.

Article 9

Conditions de validation

L'accord est validé si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- les mesures concernées ne peuvent être mises en œuvre que par accord collectif en application des dispositions légales ;
- elles sont conformes aux dispositions légales ;
- elles sont conformes aux dispositions réglementaires ;
- elles n'enfreignent pas les dispositions conventionnelles.

La commission examine si les conditions ainsi rappelées sont respectées.

L'entreprise est informée de la décision de la CPNV dans les 15 jours qui suivent cette décision par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 10

Modalités de validation

L'accord est validé s'il a obtenu, au sein du collège représentant les employeurs et au sein du collège représentant les salariés, la majorité des voix des membres présents ou représentés.

Si les collèges sont en désaccord (un collège pour la validation, un collège contre la validation), il est procédé à un deuxième vote. Dans cette hypothèse, l'accord est validé s'il obtient la majorité des voix des membres de la commission, présents ou représentés.

Si la commission ne peut se prononcer du fait d'une nouvelle égalité constatée à l'issue de ce deuxième vote, l'accord est validé, s'il a obtenu un vote unanime des membres du comité d'entreprise ou des délégués du personnel ayant voix délibérative et ayant participé au vote au sein de cette instance.

Article 11

Observatoire de la CPNV

Un bilan annuel des décisions de la CPNV ainsi que des thèmes abordés par les accords d'entreprise soumis à validation sera mis à l'ordre du jour de la CMP. Ce bilan annuel sera présenté par la FHP et le SYNERPA lors de la CMP de mars ou d'avril de l'année N + 1.

Article 12

Durée. – Date d'effet

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être révisé ou dénoncé à tout moment, conformément aux articles L. 2222-6 et L. 2222-5 du code du travail. Il se substitue à l'accord du 27 mai 2015, qu'il révisé en totalité.

Le présent accord s'appliquera à la date de signature pour les entreprises adhérentes aux organisations patronales signataires du présent accord et au premier jour du mois suivant son extension pour les autres.

Son extension sera demandée par la partie la plus diligente.

En cas de disparition ou de modifications profondes de l'existence et/ou du rôle de la CPNV du fait de dispositions législatives, le présent accord s'en trouverait immédiatement et automatiquement caduc.

Article 13

Publicité. – Dépôt

Le présent accord sera déposé en deux exemplaires, auprès de la DGT, une version signée du présent accord sur support papier et une version sur support électronique. Un exemplaire sera adressé au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Le présent accord est fait en nombre suffisant pour remise à chacun des signataires.

Fait à Paris, le 8 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

SYNERPA ;

FHP.

Syndicats de salariés :

FFASS CFE-CGC ;

FSPSS FO ;

FSS CFTC ;

FSS CFDT.

Fiche d'envoi d'un dossier à soumettre à la CPNV

A compléter par l'établissement et à retourner au secrétariat de la CPNV en version écrite et informatique à la FHP, 106, rue d'Amsterdam, 75009 Paris, ou au SYNERPA 164, boulevard du Montparnasse, 75014 Paris.

Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

Nom de la personne à contacter :

Téléphone : Fax : Mail :

EFFECTIF ETP	CONVENTION COLLECTIVE APPLIQUÉE :	
	Convention collective du 18 avril 2002 <input type="checkbox"/>	Annexe à la convention collective du 18 avril 2002 <input type="checkbox"/>

Demande à la commission paritaire nationale de validation de se prononcer sur l'accord afin de vérifier qu'il n'est pas contraire aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

Cochez le signataire de l'accord :

- ☐ Les membres du comité d'entreprise
- ☐ De la délégation unique du personnel
- ☐ De l'instance mentionnée à l'article L. 2391-1 du code du travail
- ☐ Ou des délégués du personnel

Liste des documents à transmettre à la CPNV

La présente fiche dûment complétée.

Copie des PV des dernières élections professionnelles.

Copie des avis de réception des courriers envoyés aux organisations syndicales en vue de l'ouverture de la négociation.

Copie des avis de réception des courriers envoyés aux organisations syndicales en vue du mandatement potentiel de salariés.

Copie du compte rendu de l'approbation de l'accord par les élus.

Copie des accords d'entreprise cités dans l'accord soumis à la validation.

Rappel des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles sur lesquelles l'accord se fonde.

Document attestant de l'absence de mandatement syndical donné à un représentant élu du personnel.

Signature de l'employeur	Signatures des représentants du personnel
--------------------------	---

Document de validation de l'accord

DOMAINE DE VALIDATION	CONFORME	NON CONFORME
Mesures dont la mise en œuvre est subordonnée par la loi à un accord collectif		
Les dispositions de l'accord n'enfreignent pas les dispositions législatives		
Les dispositions de l'accord n'enfreignent pas les dispositions réglementaires		
Les dispositions de l'accord n'enfreignent pas les dispositions conventionnelles		

Brochure n° 3090

Convention collective nationale
IDCC : 1527. – IMMOBILIER
(Administrateurs de biens, sociétés immobilières,
agents immobiliers, etc.)

AVENANT N° 66 DU 23 OCTOBRE 2015
RELATIF À LA COMMISSION D'INTERPRÉTATION CONCERNANT
LA DATE D'APPLICATION DE L'AVENANT N° 63
DU 1^{ER} JUILLET 2014 SUR LE DROIT SYNDICAL

NOR : ASET1650132M
IDCC : 1527

La commission d'interprétation de la convention collective nationale de l'immobilier a été saisie concernant la date d'application de l'avenant n° 63 du 1^{er} juillet 2014 relatif au droit syndical.

La commission s'est réunie le 25 juin 2015 et a rendu les avis suivants :

Article 1^{er}

Date d'entrée en vigueur de l'avenant n° 63 de la CCNI

L'avenant n° 63 du 1^{er} juillet 2014 a été étendu par l'arrêté du 15 décembre 2014 paru au *Journal officiel* du 3 janvier 2015.

En conséquence,

Il est donc applicable depuis le 1^{er} juillet 2014 à l'ensemble des entreprises adhérentes à un syndicat professionnel signataire et applicable au lendemain de la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*, soit le 4 janvier 2015, pour les autres entreprises conformément à l'article 4 de ce texte.

En conséquence,

Tous les jours de repos ou de congés pris, dans le cadre de son mandat syndical, par un représentant de branche dûment désigné et en vue d'assister à une réunion en lien avec la convention collective nationale de l'immobilier ayant fait l'objet d'une convocation doit faire l'objet d'une rétrocession au bénéfice du salarié concerné à compter de la date d'application de l'avenant n° 63, soit au 1^{er} juillet 2014 pour les entreprises adhérentes à un syndicat professionnel signataire du texte et au 4 janvier 2015 pour les autres entreprises.

Fait à Paris, le 23 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FNAIM ;
SNPI ;

SNRT ;
FSIF ;
FEPL ;
UNIS.

Syndicats de salariés :

CSFV CFTC ;
FS CFDT ;
FEC FO ;
SNUHAB CFE-CGC.

Brochure n° 3090

Convention collective nationale

IDCC : 1527. – IMMOBILIER
(Administrateurs de biens, sociétés immobilières,
agents immobiliers, etc.)

AVENANT N° 67 DU 23 NOVEMBRE 2015

RELATIF AU DROIT SYNDICAL

NOR : ASET1650133M

IDCC : 1527

PRÉAMBULE

La loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale modifie très significativement les conditions d'exercice et de financement du dialogue social.

Par ailleurs, les branches sont amenées à travailler sur des sujets de plus en plus nombreux et techniques. Ainsi, au cours des dernières années, la branche de l'immobilier a négocié de manière paritaire des textes sur la réforme de la classification, l'actualisation de la CCNI, le nouveau statut de négociateur immobilier, l'emploi des seniors, les couvertures prévoyances et frais de santé, la refonte des CQP, le temps partiel...

Toutes ces négociations n'auraient pas pu aboutir sans la participation et l'implication de chacun des signataires de la convention collective nationale de l'immobilier.

En outre, le calendrier de travail de branche pour les prochains mois reste très fourni puisque figurent au programme des sujets tels que la négociation d'un accord sur le financement du paritarisme dans le cadre de la loi du 5 mars 2014 précitée, la négociation des couvertures prévoyance et frais de santé, la création d'une prime liée à la médaille d'honneur du travail, l'actualisation des forfaits annuel en jours, la modernisation du rapport de branche...

Nos réunions de branche ayant un caractère paritaire, il est fondamental pour la richesse du dialogue social et l'avancée des négociations futures que les représentants des salariés soient en mesure de participer aux travaux de la branche sans que leur présence s'impute sur leurs congés ou leurs heures de délégation.

Dans ce contexte, il a été décidé ce qui suit :

1. Contexte de négociation

Pour mémoire, l'avenant n° 63 relatif au droit syndical est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2014 pour les entreprises adhérentes à un syndicat signataire de cet avenant et le 4 janvier 2015 pour les autres. D'un commun accord des parties signataires, l'avenant n° 63 cessera de produire ses effets le 31 décembre 2015.

2. Objet et durée

Le présent accord a pour objet, dans l'attente de la négociation d'un accord relatif au financement du paritarisme ⁽¹⁾, de renouveler l'aménagement temporaire issu de l'avenant n° 63 relatif au droit syndical au profit des représentants des organisations salariales représentatives au sein de la CCNI.

Le dernier alinéa de l'article 6 de la CCNI est modifié et rédigé comme suit :

« Jusqu'au 31 décembre 2016, le temps passé en réunion paritaire par les salariés dûment mandatés par une organisation salariale représentative au niveau de la CCNI est considéré comme du temps de travail. Les conditions d'application de ce droit temporaire sont définies par les avenants n° 63 et n° 67 à la CCNI. »

3. Participation aux réunions

3.1. Principe

Pendant la durée du présent accord, est considérée comme du temps de travail l'absence des salariés dûment mandatés par une organisation salariale représentative au niveau de la convention collective nationale de l'immobilier du 9 septembre 1988 ⁽²⁾ (brochure n° 3090, IDCC 1527) afin de participer aux réunions et groupes de travail paritaires sur convocation du secrétariat technique de la CCNI ou du ministère du travail.

Au sein de chaque entreprise, cet aménagement bénéficie au maximum à deux salariés dûment mandatés par des organisations salariales représentatives de la branche considérée.

3.2. Modalités

Sur demande de l'employeur, le salarié justifiera de sa présence à la réunion ou au groupe de travail paritaire par la production d'une attestation émanant du secrétariat technique de la CCNI.

3.3. Rémunérations

Le salarié ne subira aucune retenue sur salaire au titre de sa participation aux réunions (demi-journée ou journée entière) précitées. Pour les salariés dont la rémunération est établie sur la base d'un barème de commissions, ils ne se verront appliquer aucune réduction de la partie fixe ou de l'avance sur commissions stipulée dans leur contrat de travail au prorata de leur participation auxdites réunions.

4. Dérogation à l'accord de branche

Les accords d'entreprise relatifs à la mise en œuvre de cet accord de branche ne peuvent y déroger dans un sens moins favorable.

5. Dépôt, publicité et entrée en vigueur

Le présent accord est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail. Les partenaires sociaux conviennent d'en demander l'extension.

Il prend effet le 1^{er} janvier 2016 pour ses signataires et s'appliquera le lendemain de la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* pour les autres.

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée maximum de 12 mois courant au plus tôt le 1^{er} janvier 2016 pour se terminer le 31 décembre de la même année. Il cessera de produire ses effets sans qu'aucune formalité ne soit nécessaire le 31 décembre 2016 à minuit.

Fait à Paris, le 23 novembre 2015.

(1) Sur le fondement de la loi du 5 mars 2014.

(2) Etendue par arrêté du 24 février 1989, *JORF* du 3 mars 1989. Mise à jour par l'avenant n° 47 du 23 novembre 2010, *JORF* du 18 juillet 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FNAIM ;
SNPI ;
SNRT ;
FSIF ;
FEPL.

Syndicats de salariés :

CSFV CFTC ;
FS CFDT ;
CGT CDS ;
FEC FO ;
SNUHAB CFE-CGC.

Brochure n° 3090

Convention collective nationale
IDCC : 1527. – IMMOBILIER
(Administrateurs de biens, sociétés immobilières,
agents immobiliers, etc.)

AVENANT N° 68 DU 23 NOVEMBRE 2015
RELATIF AUX MONTANTS FORFAITAIRES DE LA PRIME D'ANCIENNETÉ

NOR : ASET1650135M
IDCC : 1527

Entre :

La FNAIM ;

Le SNPI ;

Le SNRT ;

La FSIF ;

La FEPL ;

L'UNIS,

D'une part, et

La CSFV CFTC ;

La FS CFDT ;

La CDS CGT ;

La FEC FO ;

Le SNUHAB CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Les primes forfaitaires de l'article 36 liées à l'ancienneté sont revalorisées au 1^{er} janvier de la façon suivante :

- pour les quatre premiers niveaux de la grille (E1 à AM1) : le salaire global brut mensuel contractuel est majoré de 25 € ;
- pour les cinq niveaux suivants (AM2 à C4) : le salaire global brut mensuel contractuel est majoré de 29 €.

En conséquence, ont vocation à s'appliquer uniquement à compter du 1^{er} janvier 2016 les seuls montants forfaitaires liés à la prime d'ancienneté du présent avenant. Les forfaits en cours devant être actualisés en tenant compte des nouvelles valeurs.

Article 2

Le présent avenant ne s'appliquera qu'au 1^{er} janvier 2016.

Les parties conviennent de demander l'extension du présent avenant dans les meilleurs délais.

Fait à Paris, le 23 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3264

Convention collective nationale

IDCC : 1659. – **ROUISSAGE ET TEILLAGE DU LIN**

ACCORD DU 29 DÉCEMBRE 2015

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ ET À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1650147M

IDCC : 1659

Entre :

L'USRTL,

D'une part, et

La FGTA FO ;

La FGA CFDT ;

Le SNCEA CFE-CGC ;

La FNAF CGT ;

La CFTC-Agri,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

*Modification des cas de dispense d'adhésion
du dispositif frais de santé*

Le 2 de l'article 3 de l'avenant du 15 octobre 2015 aux accords du 17 octobre 2008 créant une assurance complémentaire frais de santé et un régime de prévoyance dans les entreprises relevant de la convention collective du rouissage-teillage du lin est modifié et rédigé comme suit :

« 2. Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé

Par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

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, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les 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 le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les 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 à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les 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 ;
- les 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 ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs 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), à condition de le justifier chaque année :
 - 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 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, les employeurs doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix. »

Article 2

Modification de l'annexe I

Le premier renvoi figurant au bas de l'annexe I à l'accord du 15 octobre 2015 est rédigé comme suit :

« La garantie optique est limitée à un équipement par période de 2 ans, la prestation est versée dans la limite des plafonds fixés par décret sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la correction (dans ce cas la période est alors réduite à 1 an). »

Article 3

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 29 décembre 2015.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3052

Convention collective nationale

IDCC : 1996. – PHARMACIE D'OFFICINE

AVENANT DU 17 DÉCEMBRE 2015

**RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SOINS DE SANTÉ
DU PERSONNEL CADRE**

NOR : ASET1650141M

IDCC : 1996

Vu le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes ;

Vu l'avenant du 24 septembre 2015 portant révision de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité et frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine,

afin d'ajuster les niveaux des remboursements prévus par l'avenant du 24 septembre 2015 susvisé, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des dispositions suivantes :

Article 1^{er}

Le tableau des remboursements contenu dans le D « Régime professionnel obligatoire (RPO). – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » de l'annexe IV.2 « Régime Décès. – Incapacité de travail. – Invalidité. – Maternité-paternité. – Régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » est remplacé par les dispositions suivantes :

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale ou 100 % du ticket modérateur lorsque celui-ci est supérieur à 92 €
Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement	30 € par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Frais d'honoraires médicaux, soins courants	
Consultation ou visite de généraliste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Consultation ou visite de spécialiste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	161 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Actes d'imagerie	
Radiologie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Echographie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Transport	
Transport du malade Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Médicaments non remboursés ou non remboursables ⁽²⁾	Dans la limite d'un forfait de 40 € par an pour les seuls membres participants
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	419 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	326 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Verres ⁽³⁾	130 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Monture ⁽³⁾	120 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) ⁽⁴⁾	100 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	140 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses capillaires ⁽⁴⁾	400 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses auditives ⁽⁴⁾	400 € par an et par oreille appareillée en complément des prestations versées par la sécurité sociale 560 € par an et par oreille appareillée pour les moins de 20 ans en complément des prestations versées par la sécurité sociale

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Actes de prévention	
La totalité des actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II, du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article	
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale	
3,66 € par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale	
Natalité	
Prime de maternité ou d'adoption	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise
<p>(1) Taux applicable à compter du 1^{er} janvier 2017. Taux fixé, pour l'année 2016, à 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.</p> <p>(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.</p> <p>(4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p>	

Article 2

Le tableau des remboursements contenu dans le E « Régime supplémentaire facultatif (RSF). – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » de l'annexe IV.2 « Régime Décès. – Incapacité de travail. – Invalidité. – Maternité-paternité. – Régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » est remplacé par les dispositions suivantes :

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	100 € par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale ou 100 % du ticket modérateur lorsque celui-ci est supérieur à 100 €
Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins
Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement	30 € par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Frais d'honoraires médicaux, soins courants	
Consultation ou visite de généraliste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Consultation ou visite de spécialiste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	195 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Actes d'imagerie	
Radiologie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Echographie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Transport	
Transport du malade	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Médicaments non remboursés ou non remboursables ⁽²⁾	Dans la limite d'un forfait de 60 € par an pour les seuls membres participants
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	465 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	372 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale	450 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	250 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Verres ⁽³⁾	150 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Monture ⁽³⁾	140 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) ⁽⁴⁾	120 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	160 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	149,5 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses capillaires ⁽⁴⁾	500 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses auditives ⁽⁴⁾	500 € par an et par oreille appareillée en complément des prestations versées par la sécurité sociale 660 € par an et par oreille appareillée pour les moins de 20 ans en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Actes de prévention	
La totalité des actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II, du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article	
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale	
3,66 € par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale	

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Natalité	
Prime de maternité ou d'adoption	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise.
<p>(1) Taux applicable à compter du 1^{er} janvier 2017. Taux fixé, pour l'année 2016, à 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.</p> <p>(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.</p> <p>(4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p>	

Article 3

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2016. Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 17 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FSPF ;
UNPF ;
USPO.

Syndicats de salariés :

FNIC CGT ;
FSS CFTC ;
FNSCIC CFE-CGC ;
Fédération nationale de la pharmacie LABM FO.

Brochure n° 3052

Convention collective nationale
IDCC : 1996. – PHARMACIE D'OFFICINE

AVENANT DU 17 DÉCEMBRE 2015
RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SOINS DE SANTÉ
DU PERSONNEL NON CADRE

NOR : ASET1650140M
IDCC : 1996

Vu le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes ;

Vu l'avenant du 24 septembre 2015 portant révision de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine ;

Afin d'ajuster les niveaux des remboursements prévus par l'avenant du 24 septembre 2015 susvisé, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des dispositions suivantes :

Article 1^{er}

Le tableau des remboursements contenu dans le B « Etendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du II « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 « Régime décès. – Incapacité de travail. – Invalidité. – Maternité-paternité. – Régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Honoraires médicaux. – Soins courants	
Consultations ou visites de médecins généralistes :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	120 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Consultations ou visites de médecins spécialistes :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Analyses médicales	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Actes d'imagerie	
Radiologie :	
Praticiens signataires ou non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Echographie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Pharmacie	
Médicaments	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Médicaments non remboursés ou non remboursables ⁽²⁾	Dans la limite d'un forfait de 40 € par an pour les seuls membres participants
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables)	
Orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	140 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Frais chirurgicaux	
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	230 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Hospitalisation	
Frais de séjour	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Lit d'accompagnement	30 € par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge
Forfait hospitalier	Prise en charge intégrale ⁽³⁾
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Dentaire	
Soins dentaires	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale	300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Traitements orthodontiques remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale	200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de deux implants par an et par bénéficiaire
Optique	
Par verre remboursé par la sécurité sociale ⁽⁴⁾	110 € en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Par monture remboursée par la sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 € en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles correctrices remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables ⁽⁵⁾	130 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	130 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives	
	400 € (forfait annuel par oreille appareillée) en complément des prestations versées par la sécurité sociale ⁽⁵⁾ 560 € pour les moins de 20 ans (forfait annuel par oreille appareillée) en complément des prestations versées par la sécurité sociale ⁽⁵⁾
Prothèses capillaires	
	400 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale ⁽⁵⁾
Cures thermales (remboursées par la sécurité sociale)	
	6 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽⁶⁾ par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Natalité	
Prime de maternité ou d'adoption	210 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise
Transport	
Transport du malade	
Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
<p>Les prestations figurant dans ce tableau sont versées par le régime dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré.</p> <p>(1) Ces prestations sont versées sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.</p> <p>(3) Soit, à titre indicatif, 18 € au 1^{er} janvier 2015 et 13,50 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique.</p> <p>(4) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.</p> <p>(5) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(6) Soit, à titre indicatif, 19,02 € au 1^{er} janvier 2015.</p>	

Article 2

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2016. Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 17 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FSPF ;

UNPF ;

USPO,

Syndicats de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE-CGC ;

Fédération nationale de la pharmacie LABM FO.

Brochure n° 3218

Convention collective nationale

**IDCC : 1261. – ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL
(Centres sociaux et socioculturels,
associations d'accueil de jeunes enfants,
associations de développement social local)**

AVENANT N° 01-16 DU 14 JANVIER 2016

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1650130M

IDCC : 1261

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la révision quinquennale, les partenaires sociaux se sont mis d'accord pour renégocier le régime de prévoyance existant. Ainsi, le présent avenant a pour objet de réviser le chapitre XIII de la convention collective relatif au régime de prévoyance obligatoire pour les salariés de la branche des acteurs du lien social et familial.

Face au constat commun d'une augmentation de la sinistralité dans la branche, les partenaires sociaux sont conscients de la nécessité de travailler ensemble sur la qualité de vie au travail. En effet, les partenaires sociaux, au travers de la réalisation du plan d'action quadriennal relatif à l'accord 3-11, ont rappelé l'importance d'œuvrer à l'amélioration de la santé des salariés dans la branche professionnelle.

La révision du régime de prévoyance doit être l'occasion de mobiliser tous les acteurs de la branche (employeurs, salariés, partenaires sociaux) sur l'enjeu de la qualité de vie au travail des salariés, dont la prévention des risques professionnels.

Le nouvel avenant s'applique aux entreprises relevant de la branche des acteurs du lien social et familial comme un socle minimum de garanties.

Article 1^{er}

Cadre juridique

Le présent avenant a pour objet d'annuler et de remplacer le chapitre XIII intitulé « Prévoyance » de la convention collective nationale du 4 juin 1983.

Article 2

Objet de l'avenant

Le chapitre XIII intitulé « Prévoyance » sera composé de 16 articles rédigés comme suit :

« PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite "loi Evin", il a été choisi d'instituer un régime de prévoyance obligatoire et collectif au profit de l'ensemble des salariés cadres et non

cadres de toutes les associations visées par le champ d'application de la convention collective nationale du 4 juin 1983, conformément aux souhaits exprimés par les partenaires sociaux.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le régime de prévoyance tel que défini par le présent chapitre s'applique à toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective des acteurs du lien social et familial du 4 juin 1983 tel qu'il est défini dans son article 1^{er}.

Article 2

Adhésion du salarié

Article 2.1

Définition des bénéficiaires

Tous les salariés relevant de la convention collective des acteurs du lien social et familial et justifiant de 4 mois consécutifs d'ancienneté dans l'entreprise sont bénéficiaires du présent régime de prévoyance.

Les salariés bénéficient dans ce cas du régime de prévoyance à compter du premier jour du mois suivant l'acquisition de l'ancienneté requise.

Pour les salariés ayant cotisé un nombre d'heures insuffisant pour bénéficier des prestations en espèces de la sécurité sociale, la garantie incapacité-invalidité intégrera une reconstitution des droits de la sécurité sociale, sans cependant se substituer à cette dernière.

Article 2.2

Dispense d'affiliation

a) Définition des cas de dispense

Conformément aux différents cas de dispense prévus par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et ne remettant pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale du régime de prévoyance, il sera possible pour le salarié relevant d'un des cas suivants de demander à être dispensé du régime de prévoyance.

La dispense d'affiliation relève du choix du salarié et doit résulter d'une demande écrite de sa part.

Conformément aux obligations légales, l'employeur devra informer le salarié des conséquences de sa demande de dispense.

Ces cas de dispense sont ouverts pour :

- des 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 ;
- les 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 annuelle.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurances souscrits auprès des assureurs recommandés devront prévoir la mise en œuvre de cette dispense d'adhésion.

b) Procédure pour bénéficier du cas de dispense

Le salarié souhaitant être dispensé du régime de prévoyance doit en faire la demande par écrit, auprès de l'employeur, qui la conservera. Cette demande doit indiquer son refus d'affiliation et le cas de dispense énuméré au *a* et être accompagnée des justificatifs nécessaires.

L'absence de délivrance du justificatif dans les délais impartis entraîne l'affiliation automatique.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande de dispense devra être formulée :

- dans les 30 jours suivant la mise en place du régime de prévoyance pour les salariés présents au moment de cette mise en place ou en cas de changement de situation personnelle du salarié ;
- au plus tard au terme du quatrième mois d'ancienneté pour les salariés embauchés après la mise en place du régime de prévoyance.

A défaut de demande de dispense, les salariés sont affiliés au premier jour du mois suivant l'acquisition de l'ancienneté requise.

Ces salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision d'être dispensés du régime de prévoyance et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur affiliation au régime de prévoyance. Dans ce cas, cette affiliation s'effectue au plus tôt à partir du mois suivant la demande du salarié, selon les délais nécessaires pour l'affiliation du salarié au régime de prévoyance.

A défaut, le salarié est tenu de cotiser et de s'affilier au régime de prévoyance mis en place dans son entreprise lorsqu'il cesse de justifier de sa situation d'exclusion.

Article 3

Garanties

Ce régime recouvre les garanties suivantes :

- garantie décès ;
- garantie rente éducation ;
- garantie invalidité ;
- garantie incapacité.

Les garanties sont établies sous réserve des évolutions légales et réglementaires.

Le niveau des garanties ainsi que le taux de cotisation pourront être modifiés par accord entre la commission paritaire nationale de négociation et les assureurs recommandés sur proposition de la commission paritaire santé et prévoyance.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties.

Article 3.1

Garantie capital décès des personnels cadre et non cadre

a) Capital décès du personnel non cadre

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, ou à la date à laquelle il est reconnu par la sécurité sociale en état d'invalidité de 3^e catégorie ou atteint d'une incapacité permanente professionnelle d'un taux de 80 %, il est versé, en une seule fois, un capital décès égal à :

- 170 % du salaire annuel de référence défini à l'article 7.2 du présent chapitre.

Le service du capital décès par anticipation en cas d'invalidité de 3^e catégorie ou d'invalidité permanente professionnelle d'un taux de 80 %, dès lors que le salarié en fait la demande, met fin à la garantie décès.

b) Capital décès du personnel cadre

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, ou à la date à laquelle il est reconnu par la sécurité sociale en état d'invalidité de 3^e catégorie ou atteint d'une incapacité permanente professionnelle d'un taux de 80 %, il est versé, en une seule fois, un capital décès égal à :

- 250 % du salaire annuel de référence défini à l'article 7.2 du présent chapitre.

Le service du capital décès, par anticipation en cas d'invalidité de 3^e catégorie ou d'invalidité permanente professionnelle d'un taux de 80 %, dès lors que le salarié en fait la demande, met fin à la garantie décès.

c) Capital minimum

Le capital minimum versé par le régime de prévoyance en cas de décès du salarié quelle qu'en soit la cause, ou à la date à laquelle il est reconnu par la sécurité sociale en état d'invalidité de 3^e catégorie ou atteint d'une incapacité permanente professionnelle d'un taux de 80 %, ne peut être inférieur à 3 000 €. Il est versé aux ayants droit du bénéficiaire ou aux bénéficiaires désignés par le salarié.

c) Double effet

Le décès postérieur ou simultané du conjoint non remarié ou concubin non marié, non pacsé, du pacsé, non repacsé ou marié avant l'âge légal de départ à la retraite, et alors qu'il reste des enfants à charge, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal à celui versé lors du décès du salarié cadre et non cadre.

On entend par conjoint l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé(e) par un jugement définitif.

Le terme « pacsé » correspond aux personnes partenaires ayant conclu un pacte civil de solidarité prévu aux articles 515-1 et suivants du code civil.

Le concubinage notoire et permanent ouvre droit aux prestations dévolues au conjoint dès lors que le salarié et son concubin sont célibataires, veufs ou divorcés et :

- qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union ;
- à défaut, qu'il peut être prouvé une période de 2 ans de vie commune.

e) Dévolution du capital décès des personnels cadre et non cadre

A défaut de désignation du ou des bénéficiaires, le capital sera versé :

- en premier lieu au conjoint non séparé de droit, au concubin notoire et permanent au sens de l'article 515-8 du code civil, au partenaire du participant lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, et par parts égales, aux enfants du salarié vivants ou représentés, reconnus ou adoptifs ;
- à défaut, à ses petits-enfants ;
- à défaut de descendants directs, aux père et mère survivants ;
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants ;
- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs ;
- enfin, à défaut de tous les susnommés, le capital garanti revient aux héritiers du salarié décédé.

Article 3.2

Garantie rente éducation des personnels cadre et non cadre

En cas de décès du salarié cadre ou non cadre, sous réserve des exclusions de garanties prévues contractuellement, ou à la date à laquelle il est reconnu par la sécurité sociale en état d'invalidité de 3^e catégorie ou atteint d'une incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 %, il est versé en complément du capital décès, au profit de chaque enfant à charge, une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- 8 % du plafond annuel de la sécurité sociale jusqu'au 18^e anniversaire, sans conditions ;
- 15 % du plafond annuel de la sécurité sociale du 18^e anniversaire jusqu'au 26^e anniversaire, sous condition de poursuite d'études.

Cette rente est doublée pour les orphelins des deux parents.

Le versement de la rente éducation cesse :

- à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant atteint son 18^e anniversaire ;

- et au plus tard à son 26^e anniversaire, sous condition :
 - de poursuivre des études dans un établissement d’enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d’être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d’un contrat d’aide à l’insertion professionnelle des jeunes associant, d’une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et, d’autre part, l’acquisition d’un savoir-faire par l’exercice en entreprise d’une ou de plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d’être, préalablement à l’exercice d’un premier emploi rémunéré, inscrit auprès de Pôle emploi comme demandeur d’emploi ou stagiaire de la formation professionnelle ;
 - d’être employé dans un établissement et service d’aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé.

La rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l’enfant à charge au moment du décès du participant est reconnu en invalidité équivalente à l’invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu’il bénéficie de l’allocation d’adulte handicapé, ou tant qu’il est titulaire de la carte d’invalidité civile.

Cet état d’invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

Le versement de la rente éducation par anticipation en cas d’invalidité de 3^e catégorie ou d’incapacité permanente professionnelle d’un taux égal ou supérieur à 80 %, dès lors que le salarié en fait la demande, ne donne pas droit à ouverture de nouvelles rentes en cas de décès du salarié.

Article 3.3

Garantie incapacité de travail des personnels cadre et non cadre

Tous les salariés en arrêt de travail suite à une maladie, à un accident, d’ordre professionnel ou non, indemnisés ou non par la sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés n’ayant pas d’ouverture de droit au titre des prestations en espèces de la sécurité sociale car ne pouvant justifier d’une durée d’activité suffisante), bénéficient après avoir acquis une ancienneté de 4 mois d’une indemnisation complémentaire à celle de la sécurité sociale (reconstituée de manière théorique mais non substituée pour les salariés n’ayant pas d’ouverture de droit au titre des prestations en espèces de la sécurité sociale car ne pouvant justifier d’une durée d’activité salariée suffisante).

Durant l’obligation de maintien de salaire, conformément aux articles 1^{er} à 4 du chapitre IX, l’employeur assure la subrogation des indemnités de prévoyance ainsi que les indemnités journalières de la sécurité sociale.

Le salarié bénéficie de la subrogation des indemnités journalières de la sécurité sociale s’il transmet l’arrêt de travail dans les 48 heures à l’employeur et à la caisse primaire d’assurance maladie.

3.3.1. Point de départ de l’indemnisation

Cette indemnisation intervient à compter du :

- 31^e jour d’arrêt de travail discontinu pour le personnel cadre ;
- 91^e jour d’arrêt de travail discontinu pour le personnel non cadre.

La franchise discontinuée est appréciée au 1^{er} jour d’arrêt de travail en décomptant tous les arrêts intervenus au cours des 12 mois précédant cette date.

Les personnes en congé de maternité sont prises en charge et indemnisées en complément de la sécurité sociale dans les mêmes conditions et au même niveau de garanties dès le début de ce congé.

Le versement des prestations cesse dans les cas suivants :

- au jour de la reprise du travail ;
- lors de la reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;
- au jour du décès de l'assuré ;
- lorsque cessent les prestations de la sécurité sociale ;
- à la liquidation de la pension de vieillesse, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur ;
- et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

3.3.2. Montant de l'indemnisation

Quelle que soit la catégorie professionnelle du salarié, le total des indemnités perçues par ce dernier ne saurait excéder son salaire net d'activité.

Personnel cadre :

Du 31^e au 90^e jour d'arrêt de travail :

- 100 % du salaire net de référence tel que défini à l'article 7.2 du présent chapitre, sous déduction des prestations nettes de CSG et de CRDS servies par la sécurité sociale (réelles ou reconstituées pour les salariés n'ayant pas d'ouverture de droit au titre des prestations en espèces de la sécurité sociale car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante) ;

Du 91^e au 1 095^e jour d'arrêt de travail maximum :

- 73 % du salaire brut de référence tel que défini à l'article 7.2 du présent chapitre, sous déduction des prestations nettes de CSG et de CRDS servies par la sécurité sociale (réelles ou reconstituées pour les salariés n'ayant pas d'ouverture de droit au titre des prestations en espèces de la sécurité sociale car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante).

Personnel non cadre :

Du 91^e jour d'arrêt de travail au 1 095^e jour maximum :

- 73 % du salaire brut de référence tel que défini à l'article 7.2 du présent chapitre, sous déduction des prestations nettes de CSG et de CRDS de la sécurité sociale (réelles ou reconstituées pour les salariés n'ayant pas d'ouverture de droit au titre des prestations en espèces de la sécurité sociale car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante).

Article 3.4

Garantie invalidité du personnel cadre et non cadre

Que le salarié soit cadre ou non cadre, une rente lui est versée en cas de reconnaissance par la sécurité sociale d'un état d'invalidité ou de consolidation d'une incapacité professionnelle permanente (sous déduction de la rente nette sécurité sociale reconstituée de manière théorique pour les salariés n'ayant pas d'ouverture de droit au titre des prestations en espèces de la sécurité sociale car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante).

Le montant de la rente s'établira comme suit :

3.4.1. En cas d'invalidité de 2^e ou de 3^e catégorie ou d'incapacité professionnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % :

- 73 % du salaire brut de référence tel que défini à l'article 7.2 du présent chapitre, déduction faite de la rente nette de CSG et de CRDS versée par la sécurité sociale (réelle ou reconstituée pour les salariés n'ayant pas d'ouverture de droit au titre des prestations en espèces de la sécurité sociale car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante).

3.4.2. En cas d'invalidité de 1^{re} catégorie ou d'incapacité professionnelle permanente d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 % :

- 60 % de la rente versée en 2^e catégorie, déduction faite de la rente nette de CSG et de CRDS versée par la sécurité sociale (réelle ou reconstituée pour les salariés n'ayant pas d'ouverture de

droit au titre des prestations en espèces de la sécurité sociale car ne pouvant justifier d'une durée d'activité salariée suffisante).

En tout état de cause, le total perçu par le salarié ne saurait excéder son salaire net d'activité.

La rente cesse d'être versée :

- au jour auquel l'assuré cesse de percevoir une pension d'invalidité ou d'incapacité permanente du régime de base ou à la date à laquelle le médecin-conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente de l'assuré ;
- au jour où le taux d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est devenu inférieur à 33 % pour l'incapacité professionnelle permanente d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 % ;
- au jour où le taux d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est devenu inférieur à 66 % pour l'incapacité professionnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % ;
- au jour du décès de l'assuré ;
- au jour auquel l'assuré perçoit une pension de vieillesse du régime de base, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur ;
- au jour de la reprise du travail à temps complet ou partiel, sauf si dans ce dernier cas celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques.

Le service des rentes interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris, dans les limites fixées par le contrat, à compter du jour où il a été médicalement constaté que l'incapacité de travail est redevenue égale ou supérieure à 33 % pour l'incapacité professionnelle permanente d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 % et à 66 % pour l'incapacité professionnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 %.

Article 4

Taux de cotisation

Les taux d'appel ci-dessous sont exprimés en pourcentage du salaire brut. Ils sont répartis comme suit :

Cotisations du régime des salariés non cadres

(En pourcentage.)

GARANTIE	TRANCHE A			TRANCHE B		
	Employeur	Salarié	Total	Employeur	Salarié	Total
Décès	0,17	–	0,17	0,17	–	0,17
Rente éducation	0,08	–	0,08	0,08	–	0,08
Incapacité temporaire de travail	–	0,34	0,34	–	0,34	0,34
Maintien de salaire	0,14	–	0,14	0,14	–	0,14
Invalidité/IPP	0,50	0,21	0,71	0,50	0,21	0,71
Total	0,89	0,55	1,44	0,89	0,55	1,44
Clé de répartition	61,67	38,33	100	61,67	38,33	100

En tout état de cause, si les taux d'appel venaient à être modifiés, la clé de répartition resterait inchangée.

Cotisations du régime des salariés cadres

(En pourcentage.)

GARANTIE	TRANCHE A			TRANCHE B		
	Employeur	Salarié	Total	Employeur	Salarié	Total
Décès	0,68	–	0,68	0,68	–	0,68
Rente éducation	0,08	–	0,08	0,08	–	0,08
Incapacité temporaire de travail	0,29	–	0,29	0,35	0,42	0,77
Maintien de salaire	0,50	–	0,50	0,70	–	0,70
Invalidité/IPP	0,55	–	0,55	0,47	0,50	0,97
Total	2,10	–	2,10	2,28	0,92	3,20
Clé de répartition	100	–	100	71,40	28,60	100

En tout état de cause, si les taux d'appel venaient à être modifiés la clé de répartition resterait inchangée.

Article 5

Reprise des encours. – Maintien des garanties

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 et de la loi du 17 juillet 2001, les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès des organismes assureurs sont garantis pour les prestations suivantes :

- l'indemnisation intégrale pour les salariés en arrêt dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet, alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédent ;
- les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rentes invalidité ou incapacité permanente professionnelle, rente éducation, en cours de service par l'assureur précédent, que le contrat de travail soit rompu ou non ;
- l'éventuel différentiel en cas d'indemnisation moindre d'un salarié par un assureur antérieur.

Le financement des reprises des encours est compris dans les taux de cotisation de l'article 4 du présent avenant, à la date de signature du présent accord pour les entreprises qui rejoindront la mutualisation au plus tard le 1^{er} janvier 2017. Au-delà de cette date, à défaut de transfert total des provisions techniques et mathématiques par l'ancien assureur, une tarification spécifique sera réalisée et une surcotisation pourrait être appliquée, calculée dans des conditions identiques pour toutes les entreprises qui en font l'objet.

En cas de changement des organismes assureurs recommandés, la garantie décès sera maintenue aux bénéficiaires de rentes d'incapacité ou d'invalidité par les organismes débiteurs de ces rentes.

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle définie dans le contrat d'adhésion annexé au présent accord, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale.

La revalorisation des rentes d'incapacité, d'invalidité et de décès sera assurée par les nouveaux organismes assureurs recommandés.

Article 6

Montant des prestations arrêt de travail

Dans tous les cas, le cumul des prestations de la sécurité sociale, du régime de prévoyance et d'un éventuel salaire à temps partiel ne peut conduire le salarié à percevoir plus que ce qu'il aurait perçu s'il avait été en activité (salaire brut – charges sociales légales et conventionnelles).

Article 7

Salaire de référence des cotisations et prestations

Article 7.1

Salaire servant de base au calcul des cotisations

Le salaire de référence servant de base aux cotisations est composé des tranches indiquées ci-après :

- la tranche A des rémunérations brutes perçues : partie du salaire annuel limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;
- la tranche B des rémunérations brutes perçues : partie du salaire annuel comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond.

Ce salaire comprend les rémunérations brutes, complétées par les primes, allocations, heures supplémentaires et autres éléments variables perçus au cours de la même période, à l'exception des primes et gratifications à caractère exceptionnel ou primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Article 7.2

Salaire servant de base au calcul des prestations

Pour le calcul des prestations décès, rente éducation, incapacité temporaire du personnel cadre du 91^e au 1 095^e jour d'indemnisation, incapacité temporaire du personnel non cadre, invalidité-incapacité permanente professionnelle : le salaire annuel brut de référence servant de base au calcul des prestations est égal au total des rémunérations brutes perçues au cours des 12 derniers mois (y compris primes, allocations, heures supplémentaires et autres éléments variables perçus au cours de la même période, à l'exception des primes et gratifications à caractère exceptionnel ou primes à périodicité plus longue que l'année) dans la limite de la tranche B incluse.

Pour le calcul des prestations incapacité temporaire personnel cadre du 31^e au 90^e jour d'indemnisation, le salaire annuel net de référence servant de base au calcul des prestations est égal au total des rémunérations nettes perçues au cours des 12 derniers mois (y compris primes, allocations, heures supplémentaires et autres éléments variables perçus au cours de la même période, à l'exception des primes et gratifications à caractère exceptionnel ou primes à périodicité plus longue que l'année) dans la limite de la tranche B incluse.

Le salaire retenu est composé, dans la limite des tranches indiquées ci-après, de :

- la tranche A des rémunérations perçues : partie du salaire annuel limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;
- la tranche B des rémunérations perçues : partie du salaire annuel comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond.

Article 8

Revalorisation

Toutes les prestations périodiques seront revalorisées conformément au contrat cadre signé entre les partenaires sociaux et le(s) organisme(s) assureur(s) recommandé(s).

Article 9

Exclusions

D'une façon générale, les organismes assureurs ne prennent pas en charge les risques résultant :

- du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir ;
- du fait de guerres civiles ou étrangères dès lors que l'assuré y prend une part active ;

- du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux atomiques ;
- de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ;
- d'un acte volontaire effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcool est supérieur à la limite fixée par le code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants non prescrits médicalement.

Article 10

Ayant droit

Article 10.1

Enfants à charge. – Définition

Lorsque les garanties prennent en compte les enfants à charge au moment du décès du salarié, sont considérés comme enfants à charge du salarié, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus, les enfants :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire, sous condition :
 - soit de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - soit d'être en apprentissage ;
 - soit de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou de plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

La rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du participant est reconnu en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

Sont également considérés comme enfant à charge au moment du décès du salarié, indépendamment de la position fiscale :

- les enfants à naître ;
- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis – c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs – du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Article 10.2

Conjoint, concubin, pacsé. – Définition

On entend par conjoint l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé(e) par un jugement définitif.

Le concubinage est considéré comme notoire au sens de l'article 508 du code civil et permanent, et ouvre donc droit aux prestations dévolues au conjoint dès lors que le salarié et son concubin sont célibataires ou veufs ou divorcés, et :

- qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union ;
- à défaut, qu'il peut être prouvé une période de 2 ans de vie commune ;
- ou qu'il existe entre les deux partenaires un pacte civil de solidarité.

Article 11

Maintien du régime de prévoyance en cas de suspension du contrat de travail

a) Le régime de prévoyance et les cotisations salariale et patronale seront maintenues pour le salarié dans les cas suivants :

- congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption ;
- arrêt maladie donnant lieu au maintien de salaire incluant le délai de carence comme visé par les dispositions conventionnelles ;
- accident du travail, accident de trajet ou de maladie professionnelle ;
- exercice du droit de grève ;
- congés de solidarité familiale et de soutien familial.

En tout état de cause, les garanties seront maintenues en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

L'entreprise verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisation. Dès lors qu'il n'y a pas maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, le salarié devra s'acquitter de sa contribution directement auprès de l'organisme assureur.

b) 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 (notamment en cas de congé sabbatique, de congé sans solde, de congé parental), le régime de prévoyance pourra être maintenu à la demande du salarié dès la suspension du contrat de travail, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Dans une telle hypothèse, le salarié doit faire la demande de ce maintien du régime de prévoyance à l'organisme assureur.

Les salariés ayant opté pour un congé parental peuvent conserver le bénéfice de la garantie décès s'ils en font la demande auprès de l'organisme assureur.

c) Dans les cas décrits au b) et dès lors qu'il n'y a pas maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, le salarié devra s'acquitter de sa contribution directement auprès de l'organisme assureur.

Ces salariés pourraient bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle de la cotisation globale dans le cadre des mesures d'action sociale mises en place par l'article 13 du présent chapitre.

Article 12

Portabilité du régime de prévoyance cessation des garanties

Le salarié qui remplit les conditions définies à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale pourra bénéficier de la portabilité du régime de prévoyance pendant la durée de sa période d'indemnisation du chômage, sans pouvoir dépasser la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont successifs chez le même employeur, dans la limite de 12 mois.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés actifs, pendant la période de portabilité, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

Le financement de cette portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue à l'article 4 du régime de prévoyance.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation à ce titre.

La commission paritaire santé et prévoyance assurera le suivi du régime de portabilité en lien avec les organismes assureurs recommandés. Les modalités de suivi seront établies dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 13

Action sociale

Article 13.1

Création du fonds de solidarité

Il est institué un fonds de solidarité destiné à financer les prestations non contributives présentant un degré élevé de solidarité.

Ce fonds est financé par tout ou partie de la quote-part de 2 % de la cotisation « salarié isolé ».

Article 13.2

Gestion du fonds de solidarité

Le fonds de solidarité est administré par la commission paritaire santé et prévoyance, par délégation et après validation de la commission paritaire nationale de négociation.

Article 13.3

Prestation du fonds de solidarité

Au cours de la première année de fonctionnement du régime, les partenaires sociaux décideront des actions susceptibles d'être financées dans le cadre du fonds d'action sociale, en fonction des besoins des salariés affiliés au régime mutualisé qui seront identifiés en relation avec les organismes recommandés, ainsi qu'en fonction du niveau des ressources allouées à ce fonds dédié au vu des cotisations versées. Ces actions peuvent prendre la forme suivante :

- la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis (part salariale), bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois, ainsi que ceux dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute ;
- le financement d'actions collectives ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle.

Tout ou partie de ces mesures peuvent être retenues. Les partenaires sociaux décident alors des conditions de prise en charge de cotisations (salariés bénéficiaires, montant et périodes), des orientations des actions collectives, des règles de fonctionnement et modalités en matière d'action sociale.

Les partenaires sociaux procèdent aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime. A cette fin, les organismes recommandés communiquent les éléments statistiques relatifs aux salariés ayant bénéficié de ces actions ou susceptibles d'en bénéficier, ainsi que la situation financière du fonds de solidarité.

Quelles que soient les décisions prises, l'octroi effectif des mesures de solidarité est subordonné à la disponibilité des fonds pour les financer.

Article 14

Suivi du régime de prévoyance

Le régime de prévoyance est administré par la commission paritaire santé et prévoyance, par délégation de la commission paritaire nationale de négociation.

Les organismes recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers, et analyses nécessaires aux travaux de suivi du régime de la commission paritaire santé et prévoyance, au plus tard au 30 juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative. En tout état de cause, un suivi semestriel sera réalisé par les partenaires sociaux avec l'appui de l'actuaire de branche.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, les garanties et/ou cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission paritaire nationale de négociation.

Article 15

Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont à un réexamen du régime défini par le présent chapitre tous les 5 ans maximum à compter du 5 février 2016. A cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance du terme.

Le réexamen interviendra sur la base des données fournies par les organismes assureurs dans le cadre du suivi du régime tel que défini à l'article 13 du présent chapitre.

Article 16

Organismes recommandés

Les organismes d'assurance sont recommandés après une procédure de mise en concurrence préalable conforme aux articles L. 912-1 et D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux recommandent aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent chapitre, pour assurer le régime de prévoyance, les organismes suivants :

- APICIL Prévoyance, institut de prévoyance, assureur et gestionnaire, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, siège social : 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire ;
- MUTEX, entreprise régie par le code des assurances, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040, siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex, qui confie la gestion à la mutuelle Chorum ;
- OCIRP, organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, siège social : 17, rue de Marignan, CS 50003, 75008 Paris, assureur recommandé pour la garantie rente éducation. APICIL et MUTEX agissent au nom et pour le compte de l'OCIRP pour la gestion de la garantie pour laquelle il est recommandé. »

Article 3

Révision

Les dispositions du présent avenant pourront être révisées conformément aux dispositions légales et conventionnelles.

Dans l'hypothèse où le contrat de garanties collectives serait résilié à l'initiative de tous les organismes recommandés ou des partenaires sociaux, ces derniers se réuniront pour trouver une solution de remplacement.

Article 4

Entrée en vigueur. – Dépôt. – Extension

Le présent avenant est à durée indéterminée.

Il entre en vigueur à compter du 1^{er} février 2016.

L'avenant fera l'objet d'un dépôt auprès de la direction générale du travail.

Les signataires demandent l'extension du présent avenant dans les conditions fixées par les articles L. 2261-15, L. 2261-24 et L. 2261-25 du code du travail.

Fait au Kremlin-Bicêtre, le 14 janvier 2016.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SNAECSO.

Syndicats de salariés :

FSS CFDT ;

USPAOC CGT ;

FSS CFTC ;

FFSAS CFE-CGC.

Brochure n° 3298

Convention collective nationale

IDCC : 2104. – THERMALISME

ACCORD DU 24 NOVEMBRE 2015

RELATIF À LA GÉNÉRALISATION DE LA COUVERTURE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650148M

IDCC : 2104

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, et conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé déterminée au niveau national, les partenaires sociaux se sont réunis, à la suite d'une procédure de mise en concurrence, afin de mettre en place un régime mutualisé pour les salariés relevant de la convention collective du thermalisme.

Le présent accord prévoit un régime conventionnel obligatoire qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal, ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés des établissements thermaux appliquant la convention collective nationale du thermalisme, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives auprès des deux assureurs recommandés. Le dispositif contractuel est également complété par le protocole technique et financier et par le protocole de gestion administrative conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective.

Article 2

Champ d'application du régime de complémentaire santé

Le présent accord s'applique aux entreprises visées au II « Champ d'application » de la convention collective nationale du thermalisme et à celles qui appliquent volontairement et à titre intégral ladite convention collective.

Il s'applique aux salariés de ladite convention collective visés à l'article 3 du présent accord.

Article 3

Bénéficiaires de la garantie

Article 3.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

Sous réserve de relever d'un des cas de dispense d'affiliation visés à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, tous les salariés bénéficient obligatoirement de la couverture dite « socle conventionnel » telle que visée à l'article 8 en application des dispositions de l'article R. 242-1-2 du code de la sécurité sociale.

Article 3.2

Cas dérogatoires

Par dérogation au caractère obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent à leur initiative se dispenser d'affiliation au présent régime frais de santé complémentaire en fournissant annuellement à leur employeur les justificatifs correspondants :

- les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée d'au moins 12 mois, sous réserve de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée ou contrat de mission de moins de 12 mois, et ce même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé au moment de la mise en place du présent régime ou de l'embauche. Sous réserve de justification, la dispense joue jusqu'à l'échéance de cette couverture et de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense joue jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire, sous réserve de le justifier chaque année.

Les salariés mentionnés ci-dessus devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime auprès de leur employeur au plus tard le 15 décembre 2015 ou, pour ceux embauchés postérieurement, au plus tard le dernier jour du mois de leur embauche. En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur une fois par an les informations permettant de justifier de leur situation. A défaut d'écrits et de justificatifs adressés à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au socle conventionnel obligatoire du régime. Les salariés qui auront exprimé leur volonté de ne pas adhérer au régime seront informés par l'employeur des conséquences de leur demande de dispense d'affiliation.

Article 4

Amélioration de la couverture frais de santé

Au-delà du régime obligatoire, les salariés peuvent adhérer individuellement auprès de l'organisme gestionnaire à un régime de garantie frais de santé plus favorable.

A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options permettant ce choix : option complémentaire 1 et option complémentaire 2.

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture des frais de santé du salarié est à la charge exclusive de ce dernier.

Article 5

Maintien des garanties frais de santé en cas de rupture du contrat de travail

Article 5.1

Mutualisation de la portabilité de couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, l'ancien salarié, sous réserve de produire les justificatifs requis auprès de l'organisme assureur, bénéficie du maintien du régime frais de santé, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, en cas de rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à l'assurance chômage.

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail pour une durée égale à celle de l'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 successifs chez le même employeur. Cette durée ne peut excéder 12 mois.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et par les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

Ce maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

Article 5.2

Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin »

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur dans le cadre d'un nouveau contrat, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit en cas de décès de l'assuré) dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Article 6

Modalités d'adhésion

Sont recommandés pour assurer les garanties du régime de complémentaire santé les organismes suivants :

- SMI, 2, rue de Laborde, 75374 Paris Cedex 08 ;
- SOLIMUT, CS 31401, 13785 Aubagne Cedex.

Article 7

Financement des garanties frais de santé

Article 7.1

Cotisation des salariés

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé » pour la part leur incombant.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant[s]) et/ou conjoint), tels que définis par le contrat-cadre souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime. La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

Article 7.2

Répartition et montant de la cotisation obligatoire

La cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur.

Les cotisations « salarié isolé », « couple » et « famille » pour le régime de base obligatoire « socle conventionnel » sont fixées à la date d'effet du présent accord comme suit :

(En euros.)

	SALARIÉ ISOLÉ	COUPLE (dont isolé)	FAMILLE (dont isolé)
Cotisation patronale	13,22	13,22	13,22
Cotisation salariale	13,22	39,68	55,82
Cotisation globale	26,45	52,90	69,04

Article 7.3

Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, le régime tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique.

Les cotisations et les prestations servies par le régime complémentaire sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

(En euros.)

	SALARIÉ ISOLÉ	COUPLE (dont isolé)	FAMILLE (dont isolé)
Cotisation patronale	7,99	7,99	7,99
Cotisation salariale	7,99	23,96	33,71
Cotisation globale	15,98	31,95	41,70

Article 7.4

Couverture facultative des salariés

La cotisation additionnelle servant au financement de la couverture facultative des salariés en option complémentaire 1 ou en option complémentaire 2 et l'extension aux ayants droit des garanties ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

Les cotisations correspondant à ces options sont définies en annexe II du présent accord.

Article 8

Conditions de la garantie frais de santé

Les garanties et remboursements sont mentionnés dans le tableau en annexe, ces annexes faisant partie intégrante de l'accord. Ils incluent les prestations de la sécurité sociale. Sont exclus de la garantie tous les soins, dépenses ou interventions non pris en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Le cumul des prestations versées à un salarié au titre des régimes sécurité sociale et complémentaire ne peut excéder pour chaque acte les frais réels engagés.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, pour les contrats dits « responsables », permettant ainsi de bénéficier, dans les conditions et limites prévues par la législation en vigueur à la date de prise d'effet du présent régime, de l'exonération des charges sociales sur les cotisations pour l'employeur.

Article 9

Définition des garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d'effet.

Elles sont exprimées en complément du remboursement de la sécurité sociale et sont présentées dans les tableaux figurant en annexe. Il existe trois niveaux de remboursement : le socle conventionnel, l'option complémentaire 1 et l'option complémentaire 2. Le niveau d'indemnisation des options complémentaires 1 et 2 s'entendent en complément du socle conventionnel.

Article 10

Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et ce dès le premier jour de suspension, et dès lors que la cause de l'arrêt de travail relève :

- de la maladie, d'un accident de travail, de la maternité ;
- ou d'un régime pouvant conduire sous condition de délai à un maintien de salaire total ou partiel, ou le bénéfice d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Du fait du maintien des garanties, l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au socle conventionnel obligatoire et, le cas échéant, le salarié s'acquitte de la cotisation correspondant aux options complémentaires 1 et 2 ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par

l'intéressé, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné. Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié via l'entreprise adhérente lorsque le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (part patronale et part salariale) par le salarié dont le contrat de travail est suspendu auprès de l'organisme assureur.

Article 11

Information

En sa qualité de souscripteur, l'établissement thermal remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés de l'entreprise seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 12

Contrat d'assurance et de gestion administrative du régime complémentaire santé

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent accord, les modalités de fonctionnement administratif font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans les protocoles de gestion conclus entre les signataires du présent accord et les organismes recommandés ci-dessus.

Article 13

Fonds social

Il est institué un fonds d'action sociale destiné à financer les prestations non contributives présentant un degré élevé de solidarité. Ce fonds est financé par tout ou partie de la quote-part de 2 % des cotisations.

Les organismes recommandés se sont engagés à créer un fonds social dédié aux salariés relevant des structures adhérentes à la branche du thermalisme en parallèle du fonds social national de leur institution. Le protocole technique et financier précisera les modalités d'alimentation de ce fonds social dédié.

La commission paritaire nationale devra définir les axes d'intervention du fonds avec les organismes assureurs.

Les organismes recommandés pourront décider, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles auprès de leurs commissions sociales paritaires, de compléments de prestations ou aides individuelles.

Article 14

Suivi du régime de complémentaire santé

Le suivi du régime de complémentaire santé se fait dans le cadre de la commission paritaire nationale de la branche du thermalisme.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentés nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau des garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la CPN.

Article 15

Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont à un réexamen du régime tous les 5 ans maximum à compter du 1^{er} janvier 2016. A cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance du terme.

Le réexamen interviendra sur la base des données fournies par les organismes assureurs dans le cadre du suivi du régime tel que défini à l'article 13.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) souscrit(s) avec les organismes recommandés avant le 31 décembre de chaque année sous réserve d'un préavis de 2 mois avant l'échéance.

Article 16

Révision

Les dispositions du présent accord pourront être révisées conformément aux dispositions légales et conventionnelles.

Article 17

Effet et durée

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2016 et est conclu pour une durée de 5 ans.

Article 18

Dépôt. – Extension

Dès lors qu'il n'aurait pas fait l'objet d'une opposition régulièrement exercée par la majorité des organisations syndicales, le présent avenant fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues par les articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail. Ce dépôt sera effectué au même moment que la demande d'avis auprès des services centraux du ministre chargé de l'emploi.

Après l'obtention de l'avis favorable du ministre chargé de l'emploi, le présent accord fera l'objet d'une demande d'extension dans les conditions fixées aux articles L. 2261-24 et suivants dudit code.

En application des articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale, l'avis motivé de la COMAREP sera sollicité en vue de l'extension.

L'extension du présent avenant sera demandée par la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 24 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNETH.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CFTC.

ANNEXE I

TABLEAUX DES GARANTIES

Socle conventionnel

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	100 % de la BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires	100 % de la BR	
Transport remboursé par la sécurité sociale		
Transport	100 % de la BR	
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	100 % de la BR	
Spécialistes (consultations et visites)	100 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	100 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	100 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR	
Analyses	100 % de la BR	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale		
Pharmacie	100 % de la BR	
Appareillages remboursés par la sécurité sociale		
Prothèses auditives	100 % de la BR	
Orthopédie et autres prothèses	100 % de la BR	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale	100 % de la BR	
Inlays simples et les onlays	125 % de la BR	
Prothèses dentaires (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes)	125 % de la BR	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	125 % de la BR	

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Optique (*) (**)		
2 verres simples	200 €	
1 verre simple + 1 verre complexe	200 €	
2 verres complexes	200 €	
1 verre simple + 1 verre multifocal ou progressif	200 €	
1 verre complexe + 1 verre multifocal ou progressif	200 €	
2 verres multifocaux ou progressifs	200 €	
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables sécurité sociale)	RSS + un crédit par bénéficiaire de 200 € sur 2 années civiles consécutives	
Cure thermale	100 % du PLF + 150 € dans la limite des FR, au titre des frais d'hébergement et de déplacement lorsque la cure ne peut pas être suivie, pour des raisons d'ordre médical, dans l'établissement où travaille le salarié	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005		
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	30 € par acte, limité à 3 actes par année civile	
Prise en charge de tous les actes de prévention.	100 % de la BR	
(*) Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.		
(**) Monture incluse plafonnée à 100 €.		
FR : frais réels engagés par l'assuré.		
BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.		
RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.		
PLF : prix limite de facturation des soins thermaux.		

Option complémentaire 1

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	50 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires	70 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*)	
Chambre particulière	1,5 % PMSS par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	1,5 % PMSS par jour	

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	70 % de la BR pour les médecins adhérent au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*)	
Spécialistes (consultations et visites)	70 % de la BR pour les médecins adhérent au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*)	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	70 % de la BR pour les médecins adhérent au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*)	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	70 % de la BR pour les médecins adhérent au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*)	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale		
Inlays simples, onlays	125 % de la BR	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes)	125 % de la BR	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	125 % de la BR	
Soins dentaires non remboursés par la sécurité sociale		
Orthodontie	crédit par semestre de 200 €	
Prothèses dentaires	Crédit par année civile de 400 €	
Parodontologie		
Implants dentaires (pose des piliers + implants)		
Optique (**) (***)		
2 verres simples	200 €	
1 verre simple + 1 verre complexe	200 €	
2 verres complexes	200 €	
1 verre simple + 1 verre multifocal ou progressif	200 €	
1 verre complexe + 1 verre multifocal ou progressif	200 €	
2 verres multifocaux ou progressifs	200 €	
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	RSS + crédit de 100 € par bénéficiaire sur 2 années civiles consécutives	
Cure thermique		
Education thérapeutique du patient	50 % du programme ETP s'il est agréé ARS et dispensé en station thermique, plafonné à 150 €	
Maternité ou adoption		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	100 €	
<p>(*) CAS : Contrat d'accès aux soins.</p> <p>(**) Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.</p> <p>(***) Monture incluse plafonnée à 150 €.</p> <p>FR : frais réels engagés par l'assuré.</p> <p>BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.</p> <p>PLF : prix limite de facturation des soins thermaux.</p>		

Option complémentaire 2

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	150 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires	150 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 100 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*)	
Chambre particulière	3 % PMSS par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	2,5 % PMSS par jour	
Actes médicaux		
Généralistes et spécialistes (consultations et visites)	100 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 80 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*)	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	100 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 80 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*)	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	100 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 80 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*)	
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale		
Chirurgie réfractive	Crédit par année civile de 250 € par œil	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale		
Soins dentaires	50 % de la BR	
Inlays simples, onlays	225 % de la BR	
Prothèses dentaires (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes)	225 % de la BR	
Orthodontie	225 % de la BR	
Soins dentaires non remboursés par la sécurité sociale		
Orthodontie	Crédit par semestre de 500 €	
Prothèses dentaires	Crédit par année civile de 500 €	
Parodontologie		
Implants dentaires (pose des piliers + implants)		
Appareillages remboursés par la sécurité sociale		
Prothèses auditives	Crédit par année civile de 300 €	
Orthopédie et autres prothèses	Crédit par année civile de 150 €	
Optique (**) (***)		
2 verres simples	250 €	
1 verre simple + 1 verre complexe	250 €	
2 verres complexes	250 €	
1 verre simple + 1 verre multifocal ou progressif	250 €	
1 verre complexe + 1 verre multifocal ou progressif	250 €	

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
2 verres multifocaux ou progressifs	250 €	
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	RSS + Crédit de 200 € sur 2 années civiles consécutives	
Cure thermique		
Maternité ou adoption		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	250 €	
<p>(*) CAS : contrat d'accès aux soins.</p> <p>(**) Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.</p> <p>(***) Monture incluse plafonnée à 150 €.</p> <p>FR : frais réels engagés par l'assuré.</p> <p>BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement. PLF : prix limite de facturation des soins thermaux.</p>		

ANNEXE II

COTISATIONS FACULTATIVES

Option complémentaire 1

	Salarié isolé	Couple (dont isolé)	Famille (dont isolé)
Cotisation patronale	13,22 euros	13,22 euros	13,22 euros
Cotisation salariale	36,05 euros	83,57 euros	108,66 euros
Cotisation globale	49,27 euros	96,79 euros	121,88 euros

Option complémentaire 2

	Salarié isolé	Couple (dont isolé)	Famille (dont isolé)
Cotisation patronale	13,22 euros	13,22 euros	13,22 euros
Cotisation salariale	52,05 euros	114,22 euros	147,54 euros
Cotisation globale	65,27 euros	127,44 euros	160,76 euros

Régime Alsace-Moselle

Option complémentaire 1

	Salarié isolé	Couple (dont isolé)	Famille (dont isolé)
Cotisation patronale	7,99 euros	7,99 euros	7,99 euros
Cotisation salariale	25,31 euros	57,30 euros	73,89 euros
Cotisation globale	33,30 euros	65,29 euros	81,88 euros

Option complémentaire 2

	Salarié isolé	Couple (dont isolé)	Famille (dont isolé)
Cotisation patronale	7,99 euros	7,99 euros	7,99 euros
Cotisation salariale	35,97 euros	77,61 euros	99,55 euros
Cotisation globale	43,96 euros	85,60 euros	107,54 euros

Brochure n° 3212

Accords nationaux

ENTREPRISES DE TRAVAIL TEMPORAIRE
Personnels intérimaires
Personnels permanents

AVENANT N° 1 DU 27 NOVEMBRE 2015

À L'ACCORD DU 17 MAI 2013

RELATIF À LA CONSTITUTION DE L'OBSERVATOIRE DES MÉTIERS ET DE L'EMPLOI

NOR : ASET1650136M

Afin d'améliorer la visibilité de l'observatoire, son conseil d'administration, en date du 14 octobre 2015, a décidé de changer sa dénomination.

Ce changement nécessitant une modification de l'accord du 17 mai 2013 constitutif de l'observatoire des métiers et de l'emploi dans la branche du travail temporaire, les parties signataires conviennent des stipulations suivantes.

Article 1^{er}

Modification de l'article 1^{er} de l'accord du 17 mai 2013

A l'article 1^{er} de l'accord du 17 mai 2013, les termes « Observatoire des métiers et de l'emploi (OME) » sont remplacés par « Observatoire de l'intérim et du recrutement (OIR) ».

Par conséquent, toutes les références aux termes « Observatoire des métiers et de l'emploi (OME) » sont remplacées par celles de « Observatoire de l'intérim et du recrutement (OIR) ».

Article 2

Date d'entrée en vigueur. – Durée

Le présent avenant entre en vigueur à compter de sa date de signature pour une durée indéterminée.

Article 3

Formalités de dépôt et extension

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt et d'extension conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Fait à Paris, le 27 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

PRISM emploi.

Syndicats de salariés :

CGT-FO ;

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

USI CGT.

Brochure n° 3212

Accords nationaux

ENTREPRISES DE TRAVAIL TEMPORAIRE

Personnels intérimaires

Personnels permanents

ACCORD DU 14 DÉCEMBRE 2015

RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS INTÉRIMAIRES

NOR : ASET1650138M

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont conclu le 4 juin 2015 un accord fixant les contours du régime de frais de santé des salariés intérimaires à la suite duquel ils ont procédé à un appel d'offres en vue de choisir un opérateur de gestion et à une mise en concurrence en vue de recommander deux assureurs. Les partenaires sociaux décident de donner au régime de frais de santé le nom « intérimaires santé ».

Le présent accord désigne l'opérateur de gestion choisi et recommande les assureurs retenus.

Le présent accord est négocié dans le contexte de l'examen par le parlement du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (PLFSS), dont l'article 34 met en œuvre des dispositions nouvelles relatives aux modalités de couverture des frais de santé des salariés en contrats de mission de courte durée. Ces dispositions seront complétées par des décrets d'application qui seront publiés après la signature du présent accord qui, en conséquence, devra être révisé.

Les partenaires sociaux conviennent donc dès à présent de se réunir dans les meilleurs délais après la publication de ces textes, afin d'adapter les dispositions du présent accord, d'apporter les compléments nécessaires et d'examiner les décisions à prendre.

Les partenaires sociaux décident d'ouvrir des négociations à l'initiative de la partie la plus diligente en cas de remise en cause par la loi, le règlement et/ou les interprétations administratives et jurisprudentielles :

- de la définition de l'affiliation obligatoire des salariés intérimaires totalisant plus de 414 heures de travail au cours des 12 derniers mois ;
- du mécanisme de mutualisation de la participation de l'employeur prévue à l'article 2.1 ;
- de l'exonération de cotisations sociales de la part employeur de la cotisation d'assurance.

Article 1^{er}

Champ d'application du régime collectif obligatoire de frais de santé des salariés intérimaires

Le présent accord s'applique aux entreprises de travail temporaire et aux entreprises de travail temporaire d'insertion établies en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer et à leurs salariés intérimaires.

Article 2

Salariés intérimaires bénéficiaires de la couverture collective obligatoire

2.1. Modalités particulières pour les salariés intérimaires n'ayant pas effectué 414 heures de travail au cours des 12 derniers mois

Les salariés intérimaires ne remplissant pas la condition d'ancienneté prévue à l'article 2.2 ont la possibilité de souscrire individuellement au régime facultatif mentionné à l'article 11.1.

De plus, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (PLFSS) prévoit que les salariés employés en contrat de mission, dont la durée sera définie par décret (3 mois selon l'exposé des motifs du projet de loi), et bénéficiaires d'un contrat d'assurance maladie complémentaire souscrit à titre personnel et couvrant la période du contrat de mission auront droit, à leur demande, au versement, par leur employeur, d'une participation financière selon des modalités et dans la limite d'un plafond définis par décret.

Dans l'hypothèse où cette disposition du PLFSS serait effectivement applicable le 1^{er} janvier 2016, les partenaires sociaux conviennent qu'elle s'appliquerait aux salariés intérimaires n'entrant pas dans le régime obligatoire de branche défini par le présent accord, c'est-à-dire non visés à l'article 2.2, et dont la durée du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois.

Pour financer cette disposition du PLFSS, les partenaires sociaux décident d'instituer un mécanisme de mutualisation de la participation financière de l'employeur prévue ci-dessus, géré par le FASTT. Cette mutualisation reposera, notamment, sur une fraction du fonds de solidarité mentionné à l'article 14. A cet effet, les partenaires sociaux décident de porter la part de la cotisation d'assurance affectée au financement du fonds de 3 % à 4 % dès que les conditions techniques le permettront et au plus tard le 1^{er} juillet 2016, entraînant ainsi l'augmentation de la cotisation d'assurance de 1 %.

Les parties conviennent de se réunir au cours du premier semestre 2016, après promulgation du PLFSS et publication des décrets correspondants, afin d'adapter les modalités pratiques de mise en œuvre de ce dispositif de mutualisation au niveau de la branche.

2.2. Adhésion obligatoire des salariés intérimaires ayant effectué plus de 414 heures de travail au cours des 12 derniers mois

Le salarié intérimaire qui a effectué plus de 414 heures de travail dans une ou des entreprises de travail temporaire ou entreprises de travail temporaire d'insertion au cours d'une période de 12 derniers mois consécutifs, auxquelles s'ajoute un « équivalent temps » de l'indemnité compensatrice de congés payés, correspondant à 10 % des heures rémunérées, soit une ancienneté de 455 heures est obligatoirement affilié au régime collectif et bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 du présent accord.

Le salarié intérimaire qui dépasse ce seuil de 414 heures de travail au cours de 1 mois civil est réputé affilié au régime collectif obligatoire, et bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 du présent accord, le premier jour du mois civil qui suit, sans attendre le versement de la cotisation visée à l'article 9.

Toutefois, un salarié intérimaire ayant bénéficié du régime collectif de la branche en application des stipulations de l'alinéa précédent, et encore bénéficiaire de la portabilité de ses droits visée à l'article 4 du présent accord lors de sa nouvelle embauche par une entreprise de travail temporaire ou une entreprise de travail temporaire d'insertion, bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 et est obligatoirement affilié au régime dès sa date d'embauche sans condition d'ancienneté.

Les heures à prendre en compte sont les heures de travail effectif effectuées pendant la période de référence. Sont assimilées aux heures de travail effectif dans le cadre des missions effectuées :

- les heures chômées payées à l’occasion des jours fériés, congés pour événements familiaux, congés de naissance ou d’adoption, d’intempéries et de chômage partiel ;
- les heures chômées du fait de maternité, de maladie ou d’accident indemnisées ou non ;
- les heures restant à courir jusqu’au terme initialement prévu de la mission, en cas d’interruption de celle-ci avant l’échéance du contrat, du fait de l’entreprise utilisatrice, lorsque l’entreprise de travail temporaire n’a pas été en mesure de proposer une nouvelle mission au sens de l’article L. 1251-26 du code du travail ;
- les heures correspondant à des contrats de mission-formation dans les conditions légales, réglementaires et conventionnelles relatives à la formation professionnelle continue ;
- les heures correspondant à des congés de formation syndicale, économique et sociale, de formation prud’homale, de formation de cadres et d’animateurs pour la jeunesse ;
- les heures rémunérées pour l’exercice de tous mandats de représentation du personnel ou syndical y compris dans des organismes non liés à la branche, ainsi que pour les commissions paritaires et les commissions mixtes de la profession.

2.3. Adhésion obligatoire des salariés intérimaires dont la durée du contrat est supérieure à 414 heures

Par dérogation aux dispositions de l’article 2.2, tout salarié intérimaire embauché pour un contrat de travail supérieur à 414 heures bénéficie des garanties mentionnées à l’article 10 et est obligatoirement affilié au régime collectif dès sa date d’embauche sans condition d’ancienneté. Les intérimaires embauchés en contrat de travail à durée indéterminée sont notamment visés par cette disposition.

Le présent article sera éventuellement modifié en fonction de la définition des contrats courts découlant du vote définitif du PLFSS et des décrets d’application correspondants.

Article 3

Dispenses d’adhésion à l’initiative du salarié intérimaire

Le régime collectif institué par le présent accord est obligatoire pour tous les salariés visés aux articles 2.2 et 2.3.

Cependant, peuvent, à leur initiative et quelle que soit leur date d’embauche, se dispenser d’adhérer au présent régime, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, à condition d’avoir été préalablement informés par l’employeur, ou par l’opérateur de gestion agissant pour son compte, des conséquences de cette demande :

- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime ;
- les 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, et ceci jusqu’à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide ;
- les salariés intérimaires en contrat de professionnalisation et les apprentis bénéficiaires 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 par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés intérimaires en contrat de professionnalisation et les apprentis bénéficiaires 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.

Les salariés intérimaires se prévalant d’une dispense d’adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit ;
- fournir des justificatifs et renouveler leur choix chaque année.

Article 4

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien total ou partiel de rémunération, le bénéfice des garanties visées à l'article 10 est maintenu moyennant le versement, par l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion, des cotisations correspondantes (part employeur et part salarié).

Dans les cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas droit à maintien de la rémunération, le bénéfice des garanties est obligatoirement maintenu pendant une durée de sept mois sans versement de cotisation.

Après cette période, le salarié concerné peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'opérateur de gestion visé à l'article 7.1 à continuer de bénéficier des garanties sous réserve qu'il s'acquitte seul de l'intégralité de la cotisation.

Article 5

Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

5.1. Portabilité conventionnelle

Le mécanisme de la portabilité légale (telle que définie par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale) nécessite d'être adapté aux spécificités du travail temporaire : le présent accord institue une portabilité conventionnelle au profit des salariés intérimaires.

Cette portabilité conventionnelle permet aux salariés intérimaires, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés intérimaires en activité, d'un maintien à titre gratuit de la couverture collective de frais de santé obligatoire (à l'exclusion du régime complémentaire facultatif visé à l'article 11) dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, quelle que soit la durée du ou des derniers contrats de travail successifs, pendant une durée forfaitaire de 2 mois.

A l'issue de cette durée forfaitaire de 2 mois, s'il remplit les conditions d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, le salarié intérimaire bénéficie de la portabilité conventionnelle pendant la durée de son indemnisation par le régime d'assurance chômage pour une durée supplémentaire de 5 mois, et, ensuite, s'il remplit les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, bénéficie de la portabilité légale dans la limite totale de 12 mois.

Ce maintien des garanties sera financé par un mécanisme de mutualisation intégré aux cotisations finançant le régime collectif obligatoire des salariés en activité.

5.2. Cessation de la portabilité

Le maintien de la couverture en application des mécanismes de portabilité conventionnelle et légale cesse à l'issue de la durée forfaitaire de 2 mois :

- lorsque le salarié intérimaire bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend une activité professionnelle. Cependant, à l'issue de la durée forfaitaire de 2 mois, la portabilité conventionnelle peut être suspendue, à titre exceptionnel et pour une seule fois, sur demande expresse du salarié intérimaire, formulée auprès de l'opérateur de gestion mentionné à l'article 7.1 du présent accord, lorsqu'il reprend une activité professionnelle hors intérim d'une durée maximum de quatre semaines consécutives ;
- dès qu'il n'est plus en mesure de justifier de son statut de demandeur d'emploi remplissant les conditions d'indemnisation par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévues par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- en cas de décès.

Article 6

Maintien des garanties (loi « Evin »)

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 de la couverture collective obligatoire 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, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (portabilité prévue à l'article 4) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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.

Article 7

Gestion du régime

La gestion du régime collectif obligatoire visé à l'article 10 et du régime complémentaire facultatif visé à l'article 11 est déléguée à un opérateur de gestion désigné au terme d'une procédure d'appel d'offres.

7.1. Opérateur de gestion désigné

L'opérateur de gestion délégué, désigné par les signataires du présent accord, est SIACI Saint-Honoré SAS (siège social : 18, rue de Courcelles, 75008 Paris).

La gestion est déléguée à SIACI Saint-Honoré pour une durée initiale de 3 années selon des modalités définies dans un contrat-cadre.

7.2. Missions de l'opérateur de gestion

L'opérateur concentre et consolide les données de toutes les entreprises de travail temporaires et entreprises de travail temporaire d'insertion afin de déterminer quels sont les salariés intérimaires, visés à l'article 2.2, bénéficiaires du régime institué par le présent accord.

L'opérateur est en charge notamment :

- du décompte de l'ancienneté en vue de l'affiliation des salariés telle que prévue à l'article 2 ;
- d'informer l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion et le salarié intérimaire lorsque l'ancienneté du salarié intérimaire dans la branche approche celle mentionnée à l'article 2.2 lui ouvrant droit au bénéfice du régime collectif obligatoire institué par le présent accord ;
- de l'encaissement des cotisations d'assurance et de leur reversement aux organismes assureurs recommandés visés à l'article 13 ;
- du versement des prestations en qualité de mandataire des organismes assureurs recommandés visés à l'article 13.

7.3. Contribution pour le financement de l'opérateur de gestion

Toute entreprise de travail temporaire et entreprise de travail temporaire d'insertion a l'obligation de :

- contribuer à la consolidation des heures de travail et au décompte de l'ancienneté de tous les salariés intérimaires dans la branche en fournissant à l'opérateur de gestion les données nécessaires selon les modalités fixées par le contrat de prestations de services conclu entre l'opérateur de gestion et chaque entreprise ;
- verser à l'opérateur de gestion une contribution dont le montant est fixé, à la date de conclusion du présent accord, à 0,0284 € HT par heure de travail effectuée par chacun de ses salariés intérimaires non obligatoirement affiliés au régime collectif obligatoire visé à l'article 10, afin de financer la prestation de services de l'opérateur. La contribution est calculée sur les heures de travail soumises à cotisations de sécurité sociale telles que définies par les articles L. 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Dès lors que la cotisation d'assurance visée à l'article 9 est due, cette contribution n'est plus versée.

Le montant de la contribution pourra être revu selon les modalités fixées par le contrat-cadre conclu entre les partenaires sociaux de la branche et l'opérateur de gestion visé à l'article 7.1.

Article 8

Date de prise en charge des frais de santé couverts par le présent accord

Pour les salariés visés à l'article 2.2 : la date de prise en charge des frais couverts par le régime collectif visé à l'article 10 est fixée à compter du premier jour du mois qui suit la 415^e heure de travail (hors indemnité compensatrice de congés payés) sans que la prise en charge soit conditionnée au versement de la cotisation visée à l'article 9.

Toutefois, les frais de santé couverts par les garanties du régime obligatoire visées à l'article 10 du présent accord, intervenus entre la date d'acquisition de la condition d'ancienneté de 414 heures et la date de prise en charge visée au précédent alinéa, seront pris en charge par le fonds d'action sociale du travail temporaire (FASTT), dans les conditions que le comité paritaire de gestion de cet organisme aura fixées.

Article 9

Cotisation et répartition de la cotisation au régime collectif

9.1. Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation conventionnelle au régime collectif obligatoire pour les garanties visées à l'article 10 est fixé à 0,2396 € par heures de travail. La cotisation au régime collectif est calculée sur les heures de travail soumises à cotisations de sécurité sociale telles que définies par les articles L. 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, la cotisation est réduite pour tenir compte des prestations servies par le régime local. Son montant est fixé à 0,1524 € par heure de travail.

Cette cotisation est prélevée sur le salaire brut et mentionnée sur le bulletin de paie du mois au cours duquel le salarié intérimaire bénéficie du régime (date de prise en charge des frais de santé, visée à l'article 8).

9.2. Répartition de la cotisation

La cotisation est répartie à parts égales entre l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion et le salarié intérimaire : 50 % à la charge de l'entreprise et 50 % à la charge du salarié intérimaire.

9.3. Versement de la cotisation

La cotisation visée à l'article 8.1 est versée :

- pour les salariés visés à l'article 2.2 : le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il remplit la condition d'ancienneté ;
- pour les salariés visés à l'article 2.3 : le premier jour du contrat.

Article 10

Garanties du régime collectif obligatoire

10.1. Niveau des garanties du régime collectif obligatoire

Le présent régime collectif obligatoire de frais de santé est établi dans le cadre des dispositions relatives aux contrats responsables (art. L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale) ainsi que dans le respect du niveau de garanties tel que défini aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale.

La nature et le montant des garanties figurent en annexe I au présent accord.

10.2. Niveau des garanties des salariés intérimaires bénéficiaires du régime local du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle

Le niveau des garanties défini à l'article 10.1 n'est pas différent pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. En effet, les garanties sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement du régime de base (régime local et régime de sécurité sociale).

La nature et le montant des garanties figurent en annexe I au présent accord.

Article 11

Régime complémentaire facultatif

11.1. Régime complémentaire facultatif pour les salariés qui ne bénéficient pas du régime collectif obligatoire

S'il le souhaite, le salarié intérimaire ne remplissant pas la condition d'ancienneté visée à l'article 2 a la possibilité de souscrire individuellement un contrat avec des garanties identiques à celles visées à l'article 10.

La cotisation servant au financement de cette couverture facultative, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, est à la charge exclusive du salarié intérimaire avec l'aide, le cas échéant, d'un abondement du FASTT (sous réserve d'un plafond de ressources et sous réserve d'un accord de l'ACOSS en faveur de l'exonération de cotisations sur cet abondement).

11.2. Extensions complémentaires facultatives

Parallèlement au régime collectif obligatoire visé à l'article 10, le salarié intérimaire a la possibilité de souscrire individuellement à des extensions facultatives :

- lui permettant de couvrir ses ayants droit (conjoint et/ou enfants à charge) ;
- lui permettant d'améliorer les prestations du régime collectif obligatoire (« garantie optionnelle facultative »).

La cotisation servant au financement de ces extensions complémentaires facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, est à la charge exclusive du salarié intérimaire avec l'aide, le

cas échéant, d'un abondement du FASTT (sous réserve d'un plafond de ressources et sous réserve d'un accord de l'ACOSS en faveur de l'exonération de cotisations sur cet abondement).

11.2.1. Définition des ayants droit

Les ayants droit du salarié intérimaire sont :

- son conjoint ou concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité ;
- ses enfants de moins de 21 ans à sa charge ou à celle de son conjoint ou concubin et de moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études ou qu'ils sont en formation en alternance ;
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenu, ses enfants infirmes. A compter de plus de 28 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés comme à charge ; cependant ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

Cette définition des ayants droit est précisée dans les conditions générales qu'établiront les co-assureurs mentionnés à l'article 13.

11.2.2. Niveau de la garantie optionnelle facultative

La nature et le montant des garanties figurent en annexe II au présent accord.

Article 12

Obligation d'information

Les partenaires sociaux considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires du régime collectif obligatoire et du régime complémentaire institué par le présent accord est essentiel à la bonne compréhension de leurs droits et obligations et à la réalisation des objectifs du présent accord.

Dans ce cadre, l'opérateur de gestion et les organismes assureurs doivent :

- assurer auprès des entreprises de travail temporaire et des entreprises de travail temporaire d'insertion et de leurs salariés intérimaires une communication adaptée afin de faciliter la mise en place du régime collectif obligatoire et du régime complémentaire ;
- établir une notice d'information dont l'objet est de détailler les garanties et leurs modalités d'application, la transmettre à chaque entreprise par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée) et de la mettre à jour en cas d'évolution des garanties.

Les entreprises ont l'obligation de remettre cette notice par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée) à chaque salarié intérimaire visé aux articles 2.1 et 2.3.

Article 13

Organismes assureurs recommandés

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés intérimaires aux garanties collectives définies par le présent accord, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès de coassureurs recommandés, après une procédure de mise en concurrence répondant à l'ensemble des critères réglementaires, qui garantit :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés intérimaires, sans considération notamment de l'âge et de l'état de santé ;
- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques.

13.1. Choix des organismes assureurs recommandés

La procédure de mise en concurrence a permis à la commission paritaire de procéder à la co-recommandation de deux organismes d'assurance, pour une durée maximale de 5 années.

Il s'agit de :

- AG2R REUNICA Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale (siège social : 104-110, boulevard Haussmann, 75008 Paris) ;
- APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale (siège social : 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire).

Ces organismes coassurent les garanties obligatoires visées à l'article 10, et les garanties facultatives visées à l'article 11 du présent accord.

Afin de garantir aux salariés et à leurs ayants droit une couverture optimale et d'assurer la meilleure efficacité possible du régime de branche, les partenaires sociaux s'engagent à procéder à une nouvelle procédure de mise en concurrence au minimum tous les 5 ans, sauf si le régime présente un déséquilibre financier marqué nécessitant dès lors une procédure de mise en concurrence anticipée.

Les partenaires sociaux conviennent de se réunir au cours du premier trimestre de l'année qui précède cette échéance quinquennale.

13.2. Organisme apériteur

Les partenaires sociaux organisent une apéritition tournante tous les 2 ans. AG2R REUNICA Prévoyance est apériteur au cours des années civiles 2016 et 2017.

Article 14

Fonds de solidarité et de mutualisation. – Engagements au titre du haut degré de solidarité

Le présent accord instaure un régime conventionnel de branche obligatoire présentant un haut degré de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Le haut degré de solidarité comprend notamment :

- la prise en charge de la part salariale de la cotisation des salariés visés à l'article 3 et souhaitant ne pas bénéficier de la dispense d'affiliation ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives consistant principalement dans l'aide, sous condition de ressources, au financement des couvertures facultatives mentionnées à l'article 11 ;
- le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans la branche déterminées et pilotées par la CPNSST.

Pour financer ces prestations de solidarité, il est créé un fonds de solidarité dédié que devront financer les salariés intérimaires et les entreprises qui choisiront de les affilier auprès des organismes assureurs recommandés.

La part de la cotisation d'assurance acquittée pour le régime obligatoire, affectée au financement de ce fonds de solidarité, est fixée à 3 % minimum. Ce taux passera à 4 % dès que les conditions techniques le permettront et au plus tard le 1^{er} juillet 2016, entraînant ainsi l'augmentation de la cotisation d'assurance de 1 %.

Toute entreprise qui choisirait de ne pas affilier toute ou partie de ses salariés intérimaires auprès des organismes assureurs recommandés devra verser au fonds de solidarité une somme correspondant à 3 % du montant de l'ensemble des cotisations d'assurances acquittées pour l'ensemble de ses salariés intérimaires au titre du régime institué dans cette entreprise. Ce taux passera à 4 % dès que les conditions techniques le permettront et au plus tard le 1^{er} juillet 2016, entraînant ainsi l'augmentation de la cotisation d'assurance de 1 %.

Les modalités de gestion de ce fonds et de mise en œuvre du haut degré de solidarité seront définies par le comité paritaire de gestion du FASTT.

La fraction du fonds de solidarité correspondant à la part employeur des cotisations est affectée au financement de la mutualisation du montant destiné à la prise en charge, mentionnée à l'article 2.1, d'une partie la cotisation d'assurance maladie complémentaire souscrite à titre personnel par les salariés intérimaires ne totalisant pas plus de 414 heures de travail au cours des 12 derniers mois et dont la durée du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois.

Article 15

Gouvernance du régime

15.1. Pilotage du régime par le FASTT

En complément de la mission assurée par le fonds d'action sociale du travail temporaire (FASTT), et afin d'assurer un pilotage paritaire indépendant des intervenants opérationnels, les partenaires sociaux confient au FASTT le pilotage du régime institué par le présent accord.

Ils donnent ainsi mandat au FASTT d'agir en leur nom, en tant que maître d'œuvre, auprès des intervenants afin :

- de garantir la bonne exécution de l'accord et la bonne exécution des contrats établis avec les intervenants ;
- d'apporter aux partenaires sociaux les moyens d'un pilotage effectif des paramètres du dispositif en visant notamment son équilibre financier sur le long terme ;
- de veiller à un pilotage optimum du/des réserves d'égalisation mises en place par les organismes assureurs, plus particulièrement en faisant en temps utile toute proposition aux partenaires sociaux composant la commission paritaire de la branche, permettant de limiter, le cas échéant, une croissance excessive de ces réserves ;
- de veiller à la qualité du service rendu aux salariés intérimaires et aux entreprises. L'opérateur de gestion et les coassureurs doivent informer le FASTT des réclamations et litiges formulés par les salariés intérimaires et les entreprises ;
- d'assurer plus particulièrement la cohérence des modalités de mobilisation du fonds de solidarité prévu à l'article 14 avec l'ensemble des actions sociales de la branche, ainsi que l'effectivité de sa mobilisation ;
- de contribuer à la bonne information des salariés intérimaires sur le dispositif ;
- et, plus généralement, de faire, sur ces différents points, toute proposition utile à la commission paritaire de la branche.

Le pilotage est assuré par le comité paritaire de gestion du FASTT. Une commission paritaire spécifique est instituée, en lieu et place de la commission mutuelle du FASTT. Elle sera composée des membres du bureau du FASTT et d'un membre supplémentaire (« expert ») désigné par chacune des organisations membres du FASTT.

15.2. Suivi du régime au cours des deux premières années (2016 et 2017)

Lors des deux premières années de mise en place du régime (2016 et 2017), les partenaires sociaux décident que la commission paritaire spécifique du FASTT se réunira trimestriellement dans le cadre de la mission définie à l'article 15.1. Elle sera informée, par l'opérateur de gestion et les co-assureurs, des réclamations et litiges formulés par les salariés intérimaires et les entreprises.

La première réunion sera consacrée à l'établissement d'un cahier des charges fixant la nature et le calendrier des informations, et de tous les éléments d'ordre économique, financier et social nécessaires au suivi du régime, à fournir par l'opérateur de gestion et le ou les organismes assureurs recommandés.

Article 16

Entrée en vigueur. – Durée

Le présent accord constitue un avenant à l'accord fixant les contours du régime de frais de santé des salariés intérimaires conclu le 4 juin 2015 auquel il se substitue dans toutes ses dispositions, conformément à l'article L. 2261-8 du code du travail. Il est conclu pour une durée indéterminée, et entre en vigueur le lendemain de sa signature.

Conformément aux dispositions des articles L. 2253-1 à L. 2253-3 du code du travail, l'accord de branche instituant un régime de frais de santé est un thème auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise ou d'établissement, dérogatoire, ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du présent accord.

Le présent accord constitue un tout indivisible qui garantit l'équilibre du régime conventionnel obligatoire. Dans l'hypothèse où l'équilibre serait rompu, les partenaires sociaux conviennent de se revoir pour renégocier le présent accord dans le cadre de la commission paritaire de la branche.

Article 17

Révision et dénonciation

17.1. Révision après publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ses décrets d'application

Les partenaires sociaux conviennent de se réunir dans les meilleurs délais, si nécessaire, après la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ses décrets d'application, afin d'adapter les dispositions du présent accord en le révisant, notamment pour y apporter les compléments nécessaires.

17.2. Révision

Toute organisation signataire du présent accord peut à tout moment en demander la révision, notamment en cas de remise en cause de son équilibre financier, par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires en indiquant la ou les dispositions dont la révision est demandée et en formulant une proposition de rédaction.

Dans cette hypothèse, les parties signataires se réunissent au plus tard dans le délai de 1 mois suivant la date de réception de la lettre de notification.

17.3. Dénonciation

Toute organisation signataire du présent accord peut le dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires.

En cas de dénonciation émanant de la totalité des signataires (partie patronale ou partie salariale), l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué, ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article 2261-10 du code du travail.

Article 18

Dépôt et extension

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt et d'extension dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et L. 2231-7 du code du travail.

Fait à Paris, le 14 décembre 2015.

Organisation patronale :

PRISM Emploi.

Syndicats de salariés :

CGT-FO ;

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

USI CGT.

ANNEXE I

NATURE ET MONTANT DES GARANTIES DU RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE

Nature des frais	Garanties SS incluse (assiette BR)
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour établissements conventionnés SS sans limitation	100%
Frais de séjour établissements non conventionnés SS sans limitation	100%
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins signataires et non signataires du contrat d'accès aux soins	100%
Chambre particulière	20 € / jours (durée maximale 7 jours)
Forfait maternité	300 €
Transport	
Transport	100%
Actes médicaux	
Généralistes signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	100%
Généralistes non-signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	100%
Spécialistes signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	100%
Spécialistes non-signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	100%
Actes techniques médicaux (ATM) chez les signataires et non signataires du contrat d'accès aux soins	100%
Radiologie chez les signataires et les non	100%

signataires du contrat d'accès aux soins	
Auxiliaires médicaux	100%
Analyses médicales	100%
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie vignette blanche	100%
Pharmacie vignette bleue	100%
Pharmacie vignette orange	RSS
Dentaire	
Consultations et soins dentaires	100%
Prothèses dentaires remboursées SS (dont inlay-onlay)	200%
Prothèses dentaires non remboursées SS	-
Orthodontie prise en charge par SS	200%
Orthodontie non prise en charge par SS	-
Optique	
Plafond optique : dans la limite de 2 verres et 1 monture tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)	
Montures et 2 verres simples *	RSS + 125 € (dont 60€ maximum pour la monture)
Monture et 1 verre simple * et 1 verre complexe / hypercomplexe **	RSS + 150 € (dont 60€ maximum pour la monture)
Monture et 2 verres complexes / hypercomplexes **	RSS + 200 € (dont 60€ maximum pour la monture)
Lentilles prises en charge SS (y compris lentilles jetables)	RSS + 50€
Autres	
Grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, prothèses auditives, orthopédie et locations d'appareils) pris en charge par SS	150%

Actes de prévention	100%
<p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>RSS : remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(*) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.</p> <p>(**) Verre complexe ou hypercomplexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6 ou + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et verre multifocal ou progressif.</p>	

ANNEXE II

NATURE ET MONTANT DE LA GARANTIE OPTIONNELLE FACULTATIVE

Nature des frais	Régime optionnel (y compris Sécurité sociale et régime complémentaire socle)
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour établissements conventionnés SS sans limitation	100% BR
Frais de séjour établissements non conventionnés SS sans limitation	100% BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins signataires du contrat d'accès aux soins	250% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	200% BR
Chambre particulière	20 € / jour (durée maximale 7 jours)
Forfait maternité	300 €
Transport	
Transport	100% BR
Actes médicaux	
Généralistes signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	180% BR
Généralistes non-signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	160% BR
Spécialistes signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	180% BR
Spécialistes non-signataires du contrat d'accès aux soins (Consultations et visites)	160% BR
Actes techniques médicaux (ATM) et Radiologie chez les signataires du contrat d'accès aux soins	180% BR
Actes techniques médicaux (ATM) et Radiologie chez les non signataires du contrat d'accès aux soins	160% BR
Auxiliaires médicaux	120% BR
Analyses médicales	100% BR
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie vignette blanche	100% BR
Pharmacie vignette bleue	100% BR
Pharmacie vignette orange	RSS

Dentaire	
Consultations et soins dentaires (hors inlay-onlay)	100% BR
inlay-onlay	320% BR
Prothèses dentaires remboursées SS	320% BR
Orthodontie prise en charge par SS	320% BR
Optique	
Plafond optique : dans la limite de 2 verres et 1 monture tous les 2 ans (ou tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)	
Montures et 2 verres simples	RSS + 275 € (dont 120€ maximum pour la monture)
Monture et 1 verre simple et 1 verre complexe / hypercomplexe	RSS + 300 € (dont 120€ maximum pour la monture)
Monture et 2 verres complexes / hypercomplexes	RSS + 350 € (dont 120€ maximum pour la monture)
Lentilles prises en charge SS (y compris lentilles jetables)	RSS + 125€
Autres	
Grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils) pris en charge par SS	150% BR
prothèses auditives prises en charge par SS	150% BR + 260 € par oreille et par an
Actes de prévention	100% BR

Brochure n° 3005-IV

Convention collective nationale

IDCC : 3212. – **CADRES DES TRAVAUX PUBLICS**

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES CADRES DES TRAVAUX PUBLICS DU 20 NOVEMBRE 2015

NOR : ASET1650149M
IDCC : 3212

Entre :

La FNTF ;

La FNSCOP,

D'une part, et

La FNCB CFDT ;

La CFE-CGC BTP ;

La FG FO construction,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1.1

Champ d'application territorial

La présente convention collective régit en France, à l'exclusion des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer, les relations de travail entre :

- d'une part, les employeurs dont l'activité relève d'une des activités énumérées à l'article 1.2 ci-dessous ;
- d'autre part, les cadres qu'ils emploient à une activité de travaux publics, sur le territoire de la France métropolitaine.

Elle engage toutes les organisations syndicales d'employeurs et de salariés adhérentes aux instances nationales l'ayant signée ou qui ultérieurement y adhèreraient, ainsi que tous leurs adhérents exerçant leur activité sur le territoire métropolitain.

Article 1.2

Champ professionnel d'application

Le critère d'application de la présente convention est l'activité réelle exercée par l'entreprise, le code APE attribué par l'INSEE ne constituant à cet égard qu'une simple présomption.

Les activités visées sont :

55.10. – Travaux d'aménagement des terres et des eaux, voirie, parcs et jardins

Sont visées : les entreprises qui effectuent des travaux d'aménagement des terres et des eaux, voirie, parcs et jardins, notamment :

Exécution de travaux de voirie en zone urbaine ou rurale :

- voirie urbaine ;
- petits travaux de voirie :
 - VRD, chaussées pavées, bordures ;
 - signalisation ;
- aménagement d'espaces verts :
 - plantations ornementales (pelouses, abords des routes...) ;
 - terrains de sports ;
- aménagement de terrains de culture, remise en état du sol :
 - drainage, irrigation ;
 - captage par puits ou autre ;
 - curage de fossés ;

Exécution d'installations d'hygiène publique :

- réseaux d'adduction et de distribution d'eau et de fluides divers par canalisations sous pression ;
- réseaux d'évacuation des eaux usées et pluviales, égouts ;
- stations de pompage ;
- stations d'épuration et de traitement des eaux usées ;
- abattoirs ;
- stations de traitement des ordures ménagères.

55.11. – Construction de lignes de transports d'électricité

Sont visées : les entreprises qui effectuent des travaux de construction de lignes de transport d'électricité, y compris les travaux d'installation et montage de postes de transformation, d'armoires de distribution et de groupes électrogènes qui y sont liés (*) :

- construction de lignes de très haute tension ;
- construction de réseaux haute et basse tension ;
- éclairage rural ;
- lignes aériennes de traction électrique et caténaires ;
- canalisations électriques autres qu'aériennes ;
- construction de lignes pour courants faibles (télécommunications et centraux téléphoniques) ;
- lignes de distribution ;
- signalisation, éclairage public, techniques de protection ;
- chauffage de routes ou de pistes ;
- grands postes de transformation ;
- centrales et installations industrielles de haute technicité.

55.12. – Travaux d'infrastructure générale

Sont visées : les entreprises qui effectuent des travaux d'infrastructure générale demandant le plus souvent une modification importante du sol ou destinés aux grandes communications, notamment :

- terrassement en grande masse ;
- démolition ou abattage par procédés mécaniques, par explosif ou par fusion thermique... ;

- construction et entretien de voies ferrées et de leurs structures annexes ;
- travaux en site maritime ou fluvial :
 - dragage et déroctage ;
 - battage de pieux et palplanches ;
 - travaux subaquatiques... ;
- mise en place, au moyen d'engins flottants, d'éléments préfabriqués, en immersion ou en élévation ;
- travaux souterrains ;
- travaux de pose de canalisations à grande distance pour distribution de fluide, liquide, gazeux et de réseaux de canalisations industrielles.

55.13. – Construction de chaussées

Sont visées : les entreprises effectuant des travaux de construction des chaussées de routes de liaison, de pistes d'aérodromes et de voies de circulation ou de stationnement assimilables à des routes dans les ensembles industriels ou commerciaux, publics ou privés, ainsi que les plates-formes spéciales pour terrains de sports :

- terrassement sous chaussée ;
- construction des corps de chaussée ;
- couche de surface (en enrobés avec mise en œuvre seule ou fabrication et mise en œuvre, asphaltes coulés, enduits superficiels...) ;
- mise en œuvre de revêtement en béton de ciment ;
- rabotage, rectification et reprofilage ;
- travaux annexes (signalisation horizontale, barrières de sécurité...).

55.20. – Entreprises de forages, sondages, fondations spéciales

Sont visées : les entreprises effectuant des travaux de :

- fondation et consolidation des sols par ouvrages interposés : pieux, puits, palplanches, caissons... ;
- traitement des sols :
 - injection, congélation, parois moulées ;
 - rabattement de nappe, béton immergé... ;
- reconnaissance des sols : forages et sondages de toute nature et par tout procédé (y compris forages pétroliers).

55.30. – Construction d'ossatures autres que métalliques

Sont visées : les entreprises qui effectuent des travaux de construction d'ossatures autres que métalliques, notamment en béton armé ou précontraint, demandant du fait de leurs dimensions ou du procédé une technicité particulière, par exemple :

- barrages ;
- ponts, ouvrages de croisement à plusieurs niveaux ;
- génie civil de centrales de toute nature productrices d'énergie ;
- génie civil d'unités pour la sidérurgie, la chimie... ;
- silos, réfrigérants hyperboliques, cheminées en béton ;
- réservoirs, cuves, châteaux d'eau ;
- coupoles, voiles minces ;
- piscines, bassins divers ;
- étanchéité...

55.31. – Installations industrielles. – Montage. – Levage

Sont visées : pour partie, les entreprises de travaux publics et de génie civil qui effectuent des travaux d'installation, de montage ou de levage d'ouvrages de toute nature, notamment métallique, exécutés en site terrestre, fluvial ou maritime, par exemple :

- ponts fixes ou mobiles ;
- vannes de barrage ;
- portes d'écluses, élévateurs et ascenseurs à bateaux ;
- ossatures de charpentes industrielles, de centrales thermiques ou nucléaires ;
- ossatures de halls industriels ;
- installations pour la sidérurgie ;
- pylônes, téléphériques ;
- éléments d'ouvrages préfabriqués.

55.40. – Installation électrique

A l'exception des entreprises d'installation électrique dans les établissements industriels, de recherche radioélectrique et de l'électronique, sont visées : les entreprises qui effectuent des travaux (*) :

- d'éclairage extérieur, de balisage ;
- d'installation et de montage de postes de transformation, d'armoires de distribution et de groupes électrogènes (non liés à la construction de lignes de transport d'électricité) ;
- et pour partie, d'installations industrielles de technique similaire (à l'exception de celles qui, à la date de l'arrêté d'extension, appliquaient une autre convention collective que celle des travaux publics).

55.50. – Construction industrialisée

Sont visées : pour partie, les entreprises de travaux publics et de génie civil réalisant des ouvrages ou parties d'ouvrages par assemblage d'éléments préfabriqués métalliques ou en béton, par exemple :

- poutres de pont ;
- voussoirs pour tunnel...

55.60. – Maçonnerie et travaux courants de béton armé

Sont visées : pour partie, les entreprises exerçant des activités de génie civil non classées dans les groupes précédents et les entreprises de travaux publics effectuant de la maçonnerie, de la démolition et des travaux courants de béton armé, de terrassement et de fondation.

55.70. – Génie climatique

Sont visées : pour partie, les entreprises de travaux publics et de génie civil effectuant des travaux d'application thermique et frigorifique de l'électricité (*).

(*) Clause d'attribution

Les activités économiques pour lesquelles a été prévue la présente clause d'attribution seront soumises aux règles suivantes :

1. La présente convention collective nationale sera appliquée lorsque le personnel concourant à la pose – y compris le personnel des bureaux d'études, les techniciens, la maîtrise (le personnel administratif et le personnel dont l'activité est mal délimitée restant en dehors du calcul) – représente au moins 80 % de l'activité de l'entreprise caractérisée par les effectifs respectifs.

2. Lorsque le personnel concourant à la pose au sens ci-dessus se situe entre 20 % et 80 %, les entreprises peuvent opter entre l'application de la présente convention collective nationale et l'application de la convention collective correspondant à leurs autres activités, après accord avec les repré-

sentants des organisations signataires de la présente convention collective nationale ou, à défaut, des représentants du personnel.

Cette option sera portée à la connaissance du personnel dans un délai de 3 mois à compter soit de la date de l'entrée en vigueur de la présente convention collective nationale, soit, pour les entreprises créées postérieurement, de la date de leur création.

3. Lorsque le personnel concourant à la pose au sens ci-dessus représente moins de 20 %, la présente convention collective nationale n'est pas applicable.

Toutefois, les entreprises visées aux paragraphes 1 et 3 ci-dessus pourront continuer d'appliquer la convention collective qu'elles appliquaient à la date de publication de l'arrêté portant extension de la présente convention collective nationale.

Cas des entreprises mixtes travaux publics et bâtiment

Pour l'application de la présente convention collective nationale, est considérée comme entreprise mixte travaux publics et bâtiment celle dont les activités sont partagées entre, d'une part, une ou plusieurs activités travaux publics telles qu'elles sont énumérées dans le présent champ d'application et, d'autre part, une ou plusieurs activités bâtiment telles qu'elles sont définies par la nomenclature d'activités issues du décret n° 73-1306 du 9 novembre 1973.

1. La présente convention collective nationale sera appliquée par les entreprises mixtes travaux publics et bâtiment lorsque le personnel effectuant les travaux correspondant à une ou plusieurs activités travaux publics, telles qu'elles sont énumérées dans le présent champ d'application, représente au moins 60 % de l'ensemble du personnel de l'entreprise.

2. Lorsque le personnel effectuant des travaux correspondant à une ou plusieurs activités de travaux publics se situe entre 40 % et 60 % de l'ensemble du personnel, les entreprises mixtes travaux publics et bâtiment peuvent opter, après accord des représentants du personnel, pour l'application de la présente convention collective nationale ou de celle du bâtiment.

Cette option sera portée à la connaissance du personnel dans un délai de 3 mois à compter soit de la date de l'entrée en vigueur de la présente convention collective nationale, soit, pour les entreprises créées postérieurement, de la date de leur création.

3. Lorsque le personnel d'une entreprise mixte effectuant des travaux correspondant à une ou plusieurs activités de travaux publics représente moins de 40 % de l'ensemble du personnel, la présente convention collective nationale n'est pas obligatoirement applicable.

4. Les entreprises mixtes visées aux paragraphes 1 et 3 ci-dessus pourront continuer d'appliquer la convention collective qu'elles appliquaient à la date de la présente convention collective nationale.

Les dispositions de la présente convention s'appliquent dès le premier jour aux cadres des entreprises étrangères intervenant en France, dans les conditions fixées par les lois et règlements.

Article 1.3

Egalité professionnelle entre les femmes et les hommes

L'équilibre entre les hommes et les femmes dans les recrutements constitue un élément essentiel de la politique de mixité des emplois ⁽¹⁾. A cette fin, les critères retenus pour le recrutement doivent être strictement fondés sur l'exercice des compétences requises et les qualifications des candidats. Les définitions de postes doivent être non discriminantes à l'égard du sexe.

Les entreprises se donnent pour objectif dans les recrutements de cadres que la part des femmes et des hommes parmi les candidats retenus reflète, à compétences, expériences et profils équivalents, l'équilibre de la mixité des emplois.

(1) Cette politique a été affirmée par les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord du 10 septembre 2009 relatif à la diversité et à l'égalité professionnelle et salariale entre les femmes et les hommes dans le BTP.

Les entreprises définissent les moyens propres à assurer l'égalité d'accès à la formation professionnelle pour les hommes et les femmes.

La mixité des emplois implique que les femmes puissent avoir les mêmes parcours professionnels que les hommes, les mêmes possibilités d'évolution de carrière et d'accès aux postes de responsabilités.

Les parties signataires réaffirment enfin leur volonté de voir s'appliquer effectivement le principe de l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes pour un travail de même valeur.

Article 1.4

Non-discrimination au travail

Aucun cadre ne peut être écarté d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de mesures d'intéressement ou de distribution d'actions, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat pour un motif prohibé par la législation en vigueur.

Aucun cadre ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire visée à l'alinéa précédent en raison de l'exercice normal du droit de grève.

Article 1.5

Harcèlement

Aucun salarié, aucun candidat à un recrutement, à un stage ou à une période de formation en entreprise ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat pour avoir subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement sexuel ou moral tels qu'ils sont définis par la législation en vigueur aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1 du code du travail ou pour avoir témoigné de tels agissements ou les avoir relatés.

Article 1.6

Droit syndical et liberté d'opinion. – Représentation du personnel

Article 1.6.1

Droit syndical et liberté d'opinion. – Congé de formation économique, sociale et syndicale

Les parties signataires reconnaissent le droit pour tous de s'associer et d'agir librement pour la défense collective de leurs intérêts professionnels.

L'entreprise étant un lieu de travail, les employeurs s'engagent :

- à ne pas prendre en considération le fait d'appartenir ou non à un syndicat, d'exercer ou non des fonctions syndicales, mutualistes ou civiques ;
- à ne pas tenir compte des opinions politiques ou philosophiques, des croyances religieuses pour arrêter leur décision, notamment en ce qui concerne l'engagement, la conduite ou la répartition du travail, l'évolution de carrière, les mesures de discipline ou de licenciement.

Ils s'engagent également à ne faire aucune pression sur le personnel en faveur de tel ou tel syndicat.

Le personnel s'engage de son côté à ne pas prendre en considération dans le travail :

- les opinions personnelles ;
- l'adhésion à tel ou tel syndicat ;
- le fait de n'appartenir à aucun syndicat.

Les parties signataires s'engagent à veiller à la stricte observation des engagements définis ci-dessus et à s'employer auprès de leurs ressortissants respectifs pour en assurer le respect légal.

Si un cadre conteste le motif de son licenciement comme ayant été effectué en violation des dispositions ci-dessus, l'employeur et le cadre s'emploieront à essayer d'apporter au cas litigieux une solution équitable. Cette intervention ne fait pas obstacle au droit pour les parties d'obtenir judiciairement réparation du préjudice causé.

La constitution de sections syndicales et la désignation des délégués syndicaux sont réglées par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

De même, dans les conditions légales en vigueur, les cadres peuvent participer à des stages ou sessions de formation économique, sociale et syndicale.

Article 1.6.2

Participation aux instances statutaires

Pour faciliter la présence des cadres aux instances statutaires de leur organisation syndicale, des autorisations d'absence seront accordées sur présentation d'une convocation écrite nominative de leur organisation syndicale, produite auprès du chef d'entreprise. Ces autorisations d'absence, non rémunérées et non imputables sur les congés payés et les jours de RTT, seront accordées pour autant qu'elles ne dépassent pas au total 10 jours par an et qu'elles n'apportent pas de gêne sensible à la marche de l'entreprise, la gêne devant être motivée par écrit.

Article 1.6.3

Participation aux commissions paritaires nationales

Conformément à l'article L. 2232-8 du code du travail, afin de faciliter la participation de salariés d'entreprises de travaux publics aux réunions paritaires nationales convoquées à l'initiative des organisations patronales signataires ou celles qui leur sont affiliées, les dispositions suivantes sont arrêtées :

- une autorisation d'absence sera accordée au salarié dès lors qu'il justifiera d'un mandat de son organisation syndicale (le mandat étant une lettre d'accréditation pour la réunion précisant notamment l'objet, le lieu et l'heure) et respectera un délai de prévenance d'au moins 2 jours ouvrés, sauf cas de force majeure. Les absences du salarié ayant la qualité de représentant du personnel ne seront pas imputées sur le crédit d'heures dont il dispose du fait de son ou ses mandats dans l'entreprise ;
- ces absences ne sont pas imputables sur les congés payés et les jours de RTT. Elles ne donnent pas lieu à déduction sur le salaire mensuel et seront rémunérées par l'entreprise. Les heures passées en négociation et en transport en dehors de l'horaire habituel de travail ne seront pas indemnisées ;
- les frais de transport seront indemnisés, sur justificatifs, sur la base du tarif SNCF aller-retour.

Le trajet retenu sera le trajet entre la ville du lieu de travail et la ville du lieu où se tient la réunion. Les frais de repas seront indemnisés sur la base de l'indemnité de repas « petits déplacements » du lieu de réunion.

Le nombre de salariés bénéficiaires des dispositions du présent article est fixé à 2 par réunion et organisation syndicale représentative.

Article 1.6.4

Participation à la gestion d'organismes paritaires professionnels

Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives au plan national participent à la gestion des organismes paritaires professionnels.

La participation de ces organisations à la gestion d'organismes paritaires professionnels est réglée conformément au protocole d'accord du 13 juin 1973, modifié notamment par les avenants du 17 juin 1974, du 28 janvier 1981 et du 7 juillet 1993, joints en annexes I, II, III et IV.

Article 1.6.5

Délégués du personnel et comités d'entreprise

La représentation des cadres par les délégués du personnel et au sein des comités d'entreprise est réglée par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

De même, la subvention de fonctionnement au comité d'entreprise et le financement des œuvres sociales de celui-ci sont assurés dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

TITRE II

CONTRAT DE TRAVAIL

Article 2.1

Engagement

Chaque engagement est confirmé par un contrat de travail écrit mentionnant qu'il est fait aux conditions générales de la présente convention et précisant notamment la ou les fonctions de l'intéressé ainsi que sa classification, sa rémunération et la durée du travail qui lui est applicable.

Il est également mentionné les organismes de prévoyance et de retraite auxquels est affilié le cadre.

Une notice explicative des modalités d'indemnisation du cadre en cas d'arrêt de travail lui est remise à cette occasion.

Article 2.2

Modification du contrat de travail

Toute proposition de modification du contrat devra être notifiée par écrit. Le cadre bénéficiera d'un délai de réflexion de 1 mois à défaut d'autre délai plus long fixé par des dispositions législatives ou réglementaires.

En cas de refus, et si l'employeur décide de procéder au licenciement du cadre, il devra en justifier le motif réel et sérieux.

Article 2.3

Période d'essai

Sauf accord entre les parties prévoyant une durée inférieure, la durée de la période d'essai est de 3 mois, renouvelable une fois pour une durée identique, avec un délai de prévenance minimum de 8 jours calendaires.

La période d'essai et la possibilité de la renouveler ne se présument pas. Elles sont expressément stipulées dans le contrat de travail.

La tenue d'un entretien entre l'employeur et le salarié est recommandée au moment du renouvellement. Cet entretien pourra intervenir à l'initiative du salarié.

En cas d'embauche dans l'entreprise à la suite d'un stage intégré à un cursus pédagogique réalisé lors de la dernière année d'études, la durée de stage est déduite de la période d'essai, sans que cela ait pour effet de réduire cette dernière de plus de la moitié.

L'employeur qui met fin à la période d'essai du contrat à durée indéterminée ou à la période d'essai d'au moins 1 semaine d'un contrat à durée déterminée doit respecter un délai de prévenance qui ne peut être inférieur à :

- 24 heures en deçà de 8 jours de présence ;
- 48 heures entre 8 jours et 1 mois de présence ;

- 2 semaines après 1 mois de présence ;
- 1 mois après 3 mois de présence.

La période d'essai, renouvellement inclus, ne peut être prolongée du fait de la durée du délai de prévenance.

Lorsqu'il est mis fin à la période d'essai par le salarié, celui-ci respecte un délai de prévenance de 48 heures. Ce délai est ramené à 24 heures si la durée de présence du salarié dans l'entreprise est inférieure à 8 jours.

Pendant le délai de prévenance le salarié a le droit de s'absenter pour recherche d'emploi dans les conditions fixées à l'article 7.3 de la présente convention.

La profession s'engage à promouvoir l'accompagnement des salariés au cours desdites périodes d'essai afin de leur permettre une meilleure insertion dans l'entreprise. Cet accompagnement sera réalisé par un salarié référent.

Article 2.4

Délégation de pouvoirs

Les entreprises formalisent à partir du niveau B 1, par un écrit, les délégations de pouvoirs données aux cadres, indiquant de manière précise :

- les pouvoirs transférés au délégataire et dans quels domaines ;
- les procédures ordinaires ou urgentes par lesquelles le délégataire rend compte de sa délégation ;
- les moyens matériels, humains et financiers dont dispose le délégataire pour assurer ses responsabilités ;
- le pouvoir de sanction dont il dispose ;
- la durée de la délégation qui doit être en rapport avec la mission à effectuer et sa durée ;
- le cas échéant, les formations permettant au délégataire d'avoir les compétences requises.

Les mêmes règles s'appliquent aux subdélégations.

Article 2.5

Emploi de personnel temporaire et/ou emploi de personnel sous contrat à durée déterminée

L'emploi de personnel temporaire et/ou l'emploi de personnel sous contrat à durée déterminée ne doit intervenir que pour l'exécution d'une tâche précise et non durable, et ne peut avoir pour objet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise.

Une indemnité de fin de contrat est due aux cadres embauchés en contrat à durée déterminée conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Le cadre titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée bénéficie également de l'indemnité compensatrice de congés payés au titre du travail effectivement accompli durant ce contrat, quelle qu'ait été sa durée, dès lors que le régime de congés applicable dans l'entreprise ne lui permet pas de les prendre effectivement. Cette indemnité est versée par la caisse des congés payés à laquelle l'entreprise adhère.

TITRE III

CLASSIFICATION ET RÉMUNÉRATION. – DURÉE DU TRAVAIL

CHAPITRE III.1

CLASSIFICATION ET RÉMUNÉRATION

Les règles relatives à la classification et à la rémunération sont contenues :

- dans l'annexe V de la présente convention collective ;

- à l'article 3.3 de la présente convention collective en ce qui concerne la majoration obligatoire du salaire minimum conventionnel des cadres titulaires d'une convention de forfait annuel en jours.

CHAPITRE III.2

DURÉE DU TRAVAIL

Article 3.1

Organisation et réduction du temps de travail

Les règles relatives à la durée du travail sont celles contenues dans l'accord national professionnel du 6 novembre 1998 relatif à l'organisation, à la réduction du temps de travail et à l'emploi dans le bâtiment et les travaux publics, constituant l'annexe VI de la présente convention, étendu par arrêté ministériel du 23 février 1999 (*Journal officiel* du 26 février 1999) modifié par arrêté ministériel du 30 mai 2000 (*Journal officiel* du 24 juin 2000).

Article 3.2

Travail à temps partiel

La durée du travail à temps partiel est définie par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les salariés travaillant à temps partiel bénéficient des mêmes droits et obligations que les salariés travaillant à temps complet.

Les salariés à temps partiel bénéficieront d'une priorité de retour à temps plein en cas d'emploi disponible.

Article 3.3

Convention de forfait en jours

3.3.1. Conformément aux articles L. 3121-43 et suivants du code du travail, les cadres qui disposent d'une autonomie dans l'organisation de leur emploi du temps et dont la nature des fonctions ne les conduit pas à suivre l'horaire collectif applicable au sein de l'atelier, du service ou de l'équipe auquel ils sont intégrés, peuvent conclure une convention de forfait en jours sur l'année.

Sont visés les cadres dont la durée du travail ne peut être prédéterminée du fait de la nature de leurs fonctions, des responsabilités qu'ils exercent et de la réelle autonomie dont ils disposent dans l'organisation de leur emploi du temps.

Le refus du cadre de la convention individuelle de forfait annuel en jours ne saurait justifier la rupture de son contrat de travail.

Le nombre de jours travaillés ne peut pas excéder le nombre fixé à l'article L. 3121-44 du code du travail pour une année complète de travail. Les jours d'ancienneté et les jours de fractionnement seront déduits, le cas échéant, du nombre de jours travaillés sur la base duquel est fixé le plafond propre à chaque convention de forfait :

- pour les cadres ayant plus de 5 ans et moins de 10 ans de présence dans l'entreprise ou ayant plus de 10 ans mais moins de 20 ans de présence dans une ou plusieurs entreprises relevant d'une caisse de congés payés du BTP, ce nombre ne peut pas excéder 216 jours, les jours de fractionnement devant être déduits le cas échéant ;
- pour les cadres ayant plus de 10 ans de présence dans l'entreprise ou ayant plus de 20 ans de présence dans une ou plusieurs entreprises relevant d'une caisse de congés payés du BTP, ce nombre ne peut pas excéder 215 jours, les jours de fractionnement devant être déduits le cas échéant.

Pour les cadres ne bénéficiant pas d'un congé annuel complet, le nombre de jours de travail est augmenté à concurrence du nombre de jours de congés légaux auxquels ils ne peuvent prétendre.

3.3.2. Le contrat de travail ou son avenant signé par le cadre devra préciser :

- les caractéristiques de la fonction qui justifient l'autonomie dont dispose le cadre pour l'exercice de ses fonctions ;
- le nombre de jours sur la base duquel le forfait est défini ;
- la répartition initiale des jours compris dans le forfait, qui doit tenir compte des périodes de présence nécessaires au bon fonctionnement de l'entreprise et de l'autonomie du cadre concerné, et les modalités de prise des jours de repos, en journées ou demi-journées.

Le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel et le CHSCT, s'il en existe, seront consultés sur le nombre de cadres qui auront conclu une convention individuelle de forfait en jours.

3.3.3. La prise des jours de repos issus du forfait en jours doit être effective, sauf dans le cas visé à l'article L. 3121-45 du code du travail.

3.3.4. Les cadres ayant conclu une convention individuelle de forfait en jours bénéficient d'un temps de repos quotidien d'au moins 11 heures consécutives et d'un temps de repos hebdomadaire de 35 heures consécutives, sauf dérogations dans les conditions fixées par les dispositions législatives et conventionnelles en vigueur. L'employeur veille à ce que la pratique habituelle puisse permettre d'augmenter ces temps de repos minimum.

La charge de travail et l'amplitude des journées d'activité devront rester dans des limites raisonnables et assurer une bonne répartition dans le temps de travail du cadre concerné, en permettant une réelle conciliation entre activité professionnelle et vie personnelle et familiale.

Le cadre a droit au respect de son temps de repos et de sa vie privée, notamment par un usage limité, à son initiative, de moyens de communication technologique.

L'organisation du travail des salariés fait l'objet d'un suivi régulier par la hiérarchie qui veille notamment aux éventuelles surcharges de travail et au respect des durées minimales de repos.

Un document individuel de suivi des périodes d'activité, des jours de repos et jours de congés (en précisant la qualification du repos : hebdomadaire, congés payés, etc.) sera tenu par l'employeur ou par le salarié sous la responsabilité de l'employeur. L'entreprise fournira aux salariés un document permettant de réaliser ce décompte.

Ce document individuel de suivi permet un point régulier et cumulé des jours de travail et des jours de repos afin de favoriser la prise de l'ensemble des jours de repos dans le courant de l'exercice.

La situation du cadre ayant conclu une convention individuelle de forfait en jours sera examinée lors d'un entretien au moins annuel avec son supérieur hiérarchique. Cet entretien portera sur la charge de travail du cadre et l'amplitude de ses journées d'activité, qui doivent rester dans des limites raisonnables, l'organisation du travail dans l'entreprise, l'articulation entre l'activité professionnelle et la vie personnelle et familiale, ainsi que la rémunération du salarié.

En outre, lors de modifications importantes dans les fonctions du cadre, un entretien exceptionnel pourra être tenu à la demande du salarié et portera sur les conditions visées au point 3.3.1. ci-dessus. Le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel et le CHSCT, s'il en existe, seront consultés sur les conséquences pratiques de la mise en œuvre de ce décompte de la durée du travail en nombre de jours sur l'année. Seront examinés l'impact de ce régime sur l'organisation du travail, l'amplitude des journées et la charge de travail des salariés concernés.

3.3.5. Le salaire minimum conventionnel correspondant au niveau et à la position du cadre ayant conclu une convention individuelle de forfait en jours est majorée de 15 %.

3.3.6. La rémunération forfaitaire versée mensuellement au cadre compte tenu de ses fonctions est indépendante du nombre d'heures de travail effectif accomplies durant la période de paie. De

ce fait, aucune déduction de la rémunération pour une période inférieure à une journée ou à une demi-journée n'est possible.

La valeur d'une journée entière de travail sera calculée en divisant la rémunération mensuelle forfaitaire par 22.

La mise en place du forfait annuel en jours est précédée d'un entretien au cours duquel le cadre sera informé de l'organisation et de la charge de travail à venir ainsi que des éléments de rémunération pris en compte.

Au moment de sa mise en place, le forfait annuel en jours ne peut entraîner de baisse de la rémunération mensuelle forfaitaire brute de l'intéressé correspondant à une période normale et complète de travail.

Article 3.4

Travail de nuit habituel

3.4.1. Est considéré comme travailleur de nuit le cadre accomplissant, au moins deux fois par semaine dans son horaire habituel, au moins 3 heures de travail effectif quotidien entre 21 heures et 6 heures ou effectuant, au cours d'une période quelconque de 12 mois consécutifs, au moins 270 heures de travail effectif entre 21 heures et 6 heures.

Conformément à l'article L. 3122-29 du code du travail, un accord d'entreprise ou d'établissement (ou, à défaut, une autorisation de l'inspection du travail) peut substituer à cette période une autre période de 9 heures consécutives, comprise entre 21 heures et 7 heures et comprenant la période comprise entre 24 heures et 5 heures.

3.4.2. Le travail de nuit ne peut être mis en place ou étendu à de nouvelles catégories de cadres que pour des emplois pour lesquels il est impossible techniquement d'interrompre, chaque jour, le fonctionnement des équipements utilisés, ou indispensable économiquement d'allonger le temps d'utilisation des équipements, ou encore impossible, pour des raisons tenant à la sécurité des personnes ou des biens, d'interrompre l'activité des cadres au cours de tout ou partie de la plage horaire considérée ou bien de faire effectuer les travaux à un autre moment que pendant cette plage horaire.

Le comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, les délégués du personnel, ainsi que le CHSCT sont consultés sur les modalités de mise en place ou d'extension du travail de nuit dans l'entreprise.

3.4.3. Sauf dans les cas prévus par les dispositions législatives et réglementaires, la durée maximale quotidienne de travail effectif des cadres de nuit ne peut excéder 8 heures. Elle peut être portée à 12 heures pour les cadres de nuit exerçant une des activités visées à l'article R. 3122-9 du code du travail dans les limites des durées hebdomadaires de travail telles que fixées à l'article L. 3122-35 du code du travail.

En cas de dérogations à la durée quotidienne maximale de 8 heures, le cadre concerné bénéficie, sans réduction de sa rémunération, d'un repos d'une durée au moins équivalente au dépassement des 8 heures conformément à l'article R. 3122-12 du code du travail.

La durée moyenne hebdomadaire de travail des cadres de nuit ne peut excéder 40 heures sur une période quelconque de 12 semaines consécutives. Cependant, conformément aux dispositions légales et réglementaires, lorsque l'organisation du travail, imposée par les contraintes spécifiques des chantiers, les exigences d'intervention, dans les activités citées à l'article R. 3122-9 et notamment la maintenance-exploitation ou les services, le justifie, il peut y être dérogé dans la limite de 44 heures au cours de 12 semaines consécutives.

3.4.4. Les cadres travaillant la nuit, au sens du présent article, bénéficient de l'attribution d'un repos compensateur d'une durée de 1 jour pour une période de travail comprise entre 270 heures et

349 heures de travail sur la plage 21 heures-6 heures pendant la période de référence, ou de 2 jours pour au moins 350 heures de travail sur la plage 21 heures-6 heures.

L'attribution de ce repos compensateur, pris dans les conditions du repos compensateur légal visé aux articles D. 3121-7 et suivants du code du travail, ne peut donner lieu à une réduction de la rémunération.

Par ailleurs, les heures de travail accomplies entre 21 heures et 6 heures font l'objet d'une compensation financière déterminée au niveau de l'entreprise, après consultation des représentants du personnel, s'il en existe. Cette compensation spécifique ne se cumule pas avec les majorations pour heures supplémentaires ou dues au titre du 1^{er} mai.

3.4.5. Les cadres travaillant habituellement de nuit bénéficieront des garanties suivantes :

- transport, si nécessaire, pour venir travailler et/ou regagner leur domicile ;
- indemnité de panier ;
- pause de 30 minutes pour un poste de nuit d'une durée égale ou supérieure à 6 heures, permettant au cadre de se restaurer et de se reposer.

Par ailleurs, les entreprises s'attacheront à adopter des formes de travail visant à réduire pour chaque cadre le nombre de nuits ou à diminuer la durée de travail de nuit et d'éviter les situations de travail isolé.

3.4.6. Les cadres travaillant la nuit bénéficient d'une surveillance médicale renforcée ainsi que des garanties définies aux articles L. 3122-43 et L. 3122-37 du code du travail.

3.4.7. Lorsque le travail de nuit est incompatible avec des obligations familiales impérieuses, telles que la garde d'un enfant de moins de 6 ans ou la prise en charge par le seul cadre d'une personne dépendante, le cadre peut demander son affectation à un poste de jour.

3.4.8. Les salariées cadres de nuit enceintes, dont l'état a été médicalement constaté ou qui ont accouché, bénéficient sur leur demande ou après avis du médecin du travail d'une affectation à un poste de jour pendant le temps de la grossesse et du congé postnatal conformément à l'article L. 1225-9 du code du travail.

3.4.9. Les cadres de nuit doivent accéder, comme les autres catégories de salariés, à des actions de formation continue, y compris celles relevant d'un congé individuel de formation.

Les entreprises veilleront, compte tenu de la spécificité d'exécution de leur contrat de travail, à leur faciliter cet accès et à en tenir informé le comité d'entreprise au cours de l'une des réunions prévues à l'article D. 2323-7 du code du travail.

3.4.10. Aucune considération de sexe ne pourra être retenue pour embaucher un cadre à un poste de travail comportant du travail de nuit conférant à l'intéressé la qualité de travailleur de nuit ; muter un cadre d'un poste de nuit à un poste de jour ou d'un poste de jour à un poste de nuit ; prendre des mesures spécifiques aux cadres travailleurs de nuit en matière de formation professionnelle.

Le travail de nuit qui ne relève ni du travail de nuit exceptionnel ni du présent article est déterminé au niveau de l'entreprise, après consultation des représentants du personnel, s'il en existe.

TITRE IV

CONGÉS PAYÉS. – AUTORISATIONS D'ABSENCE. – JOURS FÉRIÉS

Article 4.1

Congés payés

Les cadres ont droit à un congé payé dont la durée est de 2,5 jours ouvrables par mois de travail ou par périodes assimilées à 1 mois de travail par les articles L. 3141-4 et L. 3141-5 du code du travail,

sans que la durée totale du congé puisse excéder 30 jours ouvrables, hors jours de congés accordés par le présent titre ou par la législation au titre du fractionnement.

La période de référence pour l'acquisition des droits à congés payés est fixée du 1^{er} avril au 31 mars. La période de prise des congés payés est fixée du 1^{er} mai au 30 avril.

A défaut d'accord, la cinquième semaine de congés est prise en une seule fois pendant la période du 1^{er} novembre au 30 avril.

Les jours de congés payés dont bénéficient les cadres sont versés par la caisse des congés payés à laquelle l'entreprise adhère.

Pour calculer les droits aux congés et l'indemnité correspondante, lorsque les congés de l'année précédente ont été versés par une caisse de congés payés du bâtiment ou des travaux publics, ceux-ci sont forfaitairement assimilés à 1,20 mois.

Les jours de congés dus en sus des 24 jours ouvrables, même s'ils sont pris en dehors de la période du 1^{er} mai au 31 octobre, n'ouvrent pas droit aux jours de fractionnement prévus par l'article L. 3141-19 du code du travail.

Lorsque la cinquième semaine de congés payés, en accord avec l'entreprise, est prise en jours séparés en cours d'année, une semaine équivaut à 5 jours ouvrés et l'indemnité correspondante doit être équivalente à 6 jours ouvrables de congé.

Article 4.1.1

Congés payés d'ancienneté

Au-delà des jours de congés légaux et de fractionnement, les cadres bénéficient de jours de congés payés d'ancienneté, aux conditions suivantes :

- 2 jours ouvrables pour les cadres ayant, à la fin de la période de référence, plus de 5 et moins de 10 ans de présence dans l'entreprise ou ayant plus de 10 ans mais moins de 20 ans de présence dans une ou plusieurs entreprises relevant d'une caisse de congés payés du bâtiment ou des travaux publics ;
- 3 jours ouvrables pour les cadres ayant, à la fin de la période de référence, plus de 10 ans de présence dans l'entreprise ou plus de 20 ans de présence dans une ou plusieurs entreprises relevant d'une caisse de congés payés du bâtiment ou des travaux publics.

Ces jours de congé supplémentaires, sauf accord exprès de l'entreprise, seront pris en dehors du congé principal et selon les nécessités de l'entreprise.

Article 4.1.2

Prime de vacances

Une prime de vacances égale à 30 % de l'indemnité de congés correspondant aux 24 jours ouvrables de congé, institués par la loi du 16 mai 1969, acquis sur la base de 2 jours ouvrables de congé par mois de travail, est versée aux cadres après 6 mois de présence dans une ou plusieurs entreprises relevant d'une caisse de congés payés du bâtiment ou des travaux publics.

Cette prime, qui ne se cumule pas avec les versements qui ont le même objet, est versée en même temps que l'indemnité de congé.

Article 4.1.3

Dates de départ en congé

Lors d'une consultation avec les représentants du personnel, les employeurs indiquent les dates prévisibles de prise des congés, en précisant notamment s'il est envisagé de fermer l'entreprise ou si les congés seront pris par roulement. Les dates des congés seront fixées par l'employeur après consultation des intéressés et en fonction des nécessités du service. La liste de principe des départs

sera portée à la connaissance des intéressés si possible avant le 1^{er} avril et en tout cas au moins 2 mois à l'avance.

Pour les cadres dont les enfants fréquentent l'école, les congés seront donnés, dans toute la mesure compatible avec le service, pendant une période de vacances scolaires.

En tout état de cause, les conjoints et partenaires liés par un pacte civil de solidarité travaillant dans la même entreprise ont droit à un congé simultané.

Lorsque les besoins du service l'exigeront, le chef d'entreprise pourra demander au cadre intéressé que la partie du congé correspondant aux 24 jours ouvrables institués par la loi du 16 mai 1969 et excédant 12 jours ouvrables soit prise séparément par fractions ne pouvant chacune être inférieure à 6 jours ouvrables.

Dans ce dernier cas, le cadre intéressé bénéficiera, nonobstant les dispositions du 1^{er} alinéa de l'article 4.1 de la présente convention, de 2 jours ouvrables de congé payé supplémentaires. De plus, il recevra de l'entreprise, en compensation de ses frais supplémentaires de route, une indemnité fixée forfaitairement à 8/100 des appointements mensuels de l'intéressé.

Ces compléments éventuels, qui ne se cumulent pas avec les avantages qui auraient le même objet, notamment les jours de congés au titre du fractionnement prévus par l'article L. 3141-19 du code du travail, restent à la charge de l'entreprise.

Lorsque des circonstances exceptionnelles, moins de 2 mois avant la date fixée pour le départ en congé, amènent à différer cette date à la demande de l'entreprise, un accord préalable doit intervenir avec celle-ci pour un dédommagement approprié.

Il en est de même si, étant en congé, le cadre est rappelé pour une période excédant le temps de congé restant à courir. Si l'intéressé n'est rappelé que pour quelques jours et qu'il désire repartir terminer son congé, les frais occasionnés par ce déplacement lui sont remboursés. Les jours de congés non pris seront reportés.

Dans les cas visés à l'alinéa précédent, il est accordé 2 jours de congés supplémentaires en plus du temps de voyage, lesquels ne donneront pas lieu à la réduction du montant de la rémunération habituelle.

Article 4.1.4

Absences pour maladie, accident ou congé de maternité

Les jours d'absence pour maladie ou accident, sauf ceux visés à l'article 5.4 dernier alinéa de la présente convention, constatés par certificat médical ou les jours d'absence pour congé de maternité, n'entraînent pas une réduction des congés annuels si le cadre justifie, au cours de la période de référence, d'au moins 120 jours, ouvrables ou non, continus ou non, d'exécution effective du contrat de travail ou de périodes qui y sont assimilées par l'article L. 3141-5 du code du travail.

Article 4.2

Autorisations d'absence

Le cadre bénéficie d'autorisations d'absence exceptionnelles non déductibles des congés et n'entraînant pas de réduction de la rémunération à l'occasion des événements suivants :

Mariage : 4 jours ;

Pacs : 4 jours ;

Mariage d'un de ses enfants : 1 jour ;

Obsèques de son conjoint marié ou pacsé : 3 jours ;

Obsèques d'un de ses enfants : 3 jours ;

Obsèques de son père, de sa mère : 3 jours ;

Obsèques d'un de ses grands-parents ou beaux-parents, d'un de ses frères ou beaux-frères, d'une de ses sœurs ou belles-sœurs, d'un de ses petits-enfants : 1 jour ;

Naissance survenue à son foyer ou arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption : 3 jours.

Ces jours d'absence ne peuvent se cumuler avec les congés accordés pour ce même enfant dans le cadre du congé de maternité prévu à l'article L. 1225-17 du code du travail.

Article 4.3

Jours fériés

Le chômage des jours fériés légaux et indemnisés dans les conditions légales ne peut être récupéré.

TITRE V

PROTECTION SOCIALE

Article 5.1

Régime obligatoire de retraite complémentaire

Les cadres sont affiliés par leur entreprise aux régimes obligatoires de retraite complémentaire auprès de la caisse professionnelle ⁽¹⁾ instituée à cet effet.

Article 5.2

Régime de prévoyance

Tout cadre est affilié par son employeur à un régime de prévoyance souscrit auprès d'un ou de plusieurs opérateurs (institution de prévoyance, compagnie d'assurances ou mutuelle).

Le régime de prévoyance garantit au personnel cadre les prestations de base définies, rappelées en annexe VII, par les partenaires sociaux dans les règlements de l'institution de prévoyance du bâtiment et des travaux publics, catégorie cadres, et faute d'avoir souscrit un régime de prévoyance garantissant chacune des prestations de ce régime de base, l'employeur sera tenu de verser directement les prestations et/ou indemnités manquantes.

Article 5.3

Subrogation

L'entreprise fait l'avance des prestations dues en cas de maladie, accident ou maternité.

Si les conditions réglementaires ne sont pas réunies, l'employeur remet pour signature au cadre un formulaire de subrogation.

Le montant total des prestations visées à l'article 5.4 ne pourra avoir pour effet d'excéder la rémunération qui aurait été perçue par le cadre s'il avait travaillé. Il sera tenu compte à cet effet de toutes les cotisations sociales et contributions sur salaire incombant au cadre concerné.

Article 5.4

Prestations maladie

Les absences justifiées par l'incapacité temporaire de travail résultant de maladie ou d'accident, dûment constatées par certificat médical, ne constituent pas une cause de rupture du contrat de travail.

a) En cas d'arrêt de travail pour un accident ou une maladie couverts par la législation de sécurité sociale relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, de tout cadre sans condition d'ancienneté ;

(1) – à la caisse de retraite du bâtiment et des travaux publics (BTP retraite) ;
– à la caisse nationale de retraite du bâtiment, des travaux publics et des industries graphiques (CNRBTPIG).

b) En cas d'arrêt de travail pour un accident ou une maladie non professionnels, de tout cadre justifiant de 1 année de présence dans l'entreprise ou de 5 ans de service dans une ou plusieurs entreprises assujetties au décret du 30 avril 1949 sur les congés payés dans le bâtiment et les travaux publics,

les prestations suivantes seront dues :

1. Pendant les 90 premiers jours à compter du jour de l'arrêt de travail, l'employeur versera au cadre l'intégralité de ses appointements mensuels, dans les conditions prévues à l'article 5.3 ;

2. A partir du 91^e jour, le cadre sera couvert par un régime de prévoyance garantissant des prestations d'indemnités journalières équivalentes à celles du régime de base de prévoyance des cadres, telles que définies à l'article 5.2.

Faute d'avoir souscrit à un tel régime de prévoyance, l'employeur devra payer directement les indemnités correspondantes.

Pendant la période d'absence pour maladie ou accident, les allocations stipulées aux alinéas précédents seront réduites, le cas échéant, de la valeur des prestations à titre d'indemnités journalières que l'intéressé toucherait du fait des indemnités versées par le responsable de l'accident ou son assurance.

En cas d'accident causé par un tiers, et non reconnu comme accident du travail, les paiements ne seront faits qu'à titre d'avances sur les indemnités dues par le tiers responsable ou son assurance, et à la condition que l'intéressé engage lui-même les poursuites nécessaires.

Sont exclus des présents avantages les accidents non professionnels occasionnés par la pratique de sports ayant entraîné une incapacité de travail supérieure à 1 mois.

Article 5.5

Disponibilité

Lorsque le temps donnant droit aux allocations stipulées à l'article précédent est écoulé, le cadre dont l'état de santé nécessite certains soins supplémentaires ou une convalescence peut, sur sa demande, être mis en disponibilité sans rémunération et sur production d'un certificat médical à renouveler, pendant une période maximum de 1 année, au cours de laquelle il conserve le droit de réintégrer l'emploi qu'il occupait et aux mêmes conditions, sauf inaptitude intervenue pendant ce temps.

Après 1 année de mise en disponibilité, le cadre peut être licencié. Il bénéficie dans ce cas de l'indemnité de licenciement prévue au titre VII, calculée sur l'ancienneté qu'il avait acquise à la date de sa mise en disponibilité.

Cette disposition ne s'oppose pas à ce qu'intervienne, au cours de l'année de disponibilité, un licenciement pour fin de chantier ou un licenciement pour motif économique ou une mise à la retraite à l'initiative de l'employeur en application des articles 7.6 et suivants de la présente convention.

Article 5.6

Maternité

Pour les salariées ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise, les périodes d'arrêt de travail dues à une maternité, y compris celles qui sont dues à un état pathologique attesté par certificat médical comme relevant de la grossesse ou des couches, seront indemnisées à 100 % des appointements mensuels des intéressées, dans les conditions prévues à l'article 5.3, pendant une durée maximale de 16 semaines (avant ou après l'accouchement).

Article 5.7

Paternité et accueil de l'enfant

Après la naissance ou l'adoption d'un enfant, le conjoint de la mère, la personne liée à elle par un Pacs ou vivant maritalement avec elle peut bénéficier dans les conditions de la législation d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant de 11 jours calendaires consécutifs (18 jours en cas de naissances multiples) qui peut se cumuler avec les 3 jours prévus par l'article 4.2 de la présente convention.

L'indemnisation de ce congé a lieu conformément à la législation en vigueur.

Le conjoint de la mère, la personne liée à elle par un Pacs ou vivant maritalement avec elle qui souhaite bénéficier de ce congé doit en formuler la demande 1 mois au moins avant le début du congé demandé en joignant soit un certificat médical indiquant la date présumée de la naissance, soit l'extrait d'acte de naissance.

Le congé doit être pris dans les 4 mois qui suivent la naissance.

TITRE VI

DÉPLACEMENTS

CHAPITRE VI.1

DÉPLACEMENTS ET CHANGEMENTS DE RÉSIDENCE EN FRANCE À L'EXCLUSION DES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER ET DES COLLECTIVITÉS D'OUTRE-MER

Article 6.1.1

Déplacements occasionnels

Les cadres qui effectuent à la demande et pour le compte de l'entreprise des déplacements occasionnels sont remboursés sur justification de leurs frais de voyage, de séjour et de représentation.

L'importance des frais dépendant du lieu où s'effectuent les déplacements, ils ne sauraient être fixés d'une façon uniforme. Ils sont remboursés de manière à assurer au cadre des repas et une chambre répondant au standard normal de confort, selon les règles en vigueur dans l'entreprise.

Lors des déplacements occasionnels, le remboursement des frais de séjour peut être un forfait et fait l'objet d'un accord préalable entre l'entreprise et le cadre, en tenant compte des voyages prévus à l'article suivant.

Article 6.1.2

Déplacement continu

Le cadre dont le contrat de travail mentionne qu'il doit travailler tout ou partie de l'année en déplacement continu a droit à une indemnité forfaitaire définie préalablement pendant la durée de ce déplacement.

Article 6.1.3

Voyages de détente hebdomadaires

Lors des déplacements supérieurs à 1 semaine, les cadres éloignés de leur proche famille bénéficient du remboursement des frais d'un voyage de détente hebdomadaire vers leur lieu de résidence déclaré.

Lorsqu'un cadre, amené à prendre son congé annuel au cours d'une période où il se trouve en déplacement, désire regagner sa résidence déclarée avant son départ en congé, ce voyage compte comme voyage de détente. La nouvelle période ouvrant droit à un voyage de détente part du jour du retour de congé.

Article 6.1.4

Païement des frais de déplacement

Les frais de déplacement ne constituant pas une rémunération, mais un remboursement de dépenses, ne sont pas payés pendant les congés, les jours de RTT (sauf si les jours de RTT sont pris sur place à la demande de l'entreprise), les voyages de détente, les absences pour élections, conventions personnelles, maladies ayant donné lieu à rapatriement ou hospitalisation ; seuls sont remboursés, sur justification d'une dépense effective, les frais de logement.

Article 6.1.5

Maladie, accident ou décès pendant le déplacement

En cas de maladie, d'accident grave donnant lieu à hospitalisation ou de décès d'un cadre en déplacement, l'entreprise donne toutes facilités à un proche de l'intéressé pour voir ce dernier, notamment par le remboursement des frais de transport. En cas de décès d'un cadre en déplacement, les frais de transport du corps au lieu de résidence déclarée ou au lieu d'inhumation situé en France métropolitaine sont à la charge de l'entreprise.

Article 6.1.6

Moyens de transport, assurance

En cas de déplacement, le moyen de transport utilisé et les conditions d'assurance y afférent sont préalablement fixés en accord avec l'entreprise dans un souci de bonne gestion et dans des conditions de confort normales.

Lorsque, après accord avec son entreprise, un cadre utilise pour l'exercice de ses fonctions un véhicule automobile lui appartenant, les frais occasionnés lui sont remboursés sur la base du barème en vigueur dans l'entreprise, qui ne peut être inférieur au barème fiscal. Dans ce cas, une assurance spécifique devra être souscrite et sera prise en charge par l'entreprise.

Article 6.1.7

Changement de résidence

En cas de changement de lieu d'emploi comportant changement de lieu de résidence fixe accepté par le cadre, les frais directement occasionnés par ce changement pour l'intéressé et sa famille proche sont à la charge de l'entreprise et payés sur justification. L'estimation de ces frais est soumise à l'entreprise préalablement à leur engagement.

Sauf accord individuel prolongeant ce délai en cas de nécessité, le cadre est considéré comme déplacé et indemnisé comme tel, dans la limite de 1 an, tant qu'il n'a pu installer sa famille dans la nouvelle résidence.

Les frais de changement de résidence ou de retour à la résidence initiale comprennent en particulier le remboursement du dédit éventuel à payer par le cadre à son logeur, dans la limite de 3 mois de loyer.

Article 6.1.8

Retour à la résidence initiale

Tout cadre qui, après un changement de résidence imposé par l'entreprise, est licencié dans sa nouvelle résidence bénéficie du remboursement des frais directement occasionnés par son retour à sa résidence initiale.

Le remboursement est effectué sur présentation des pièces justificatives et n'est dû que si le retour de l'intéressé a lieu dans un délai de 6 mois à partir de la notification du licenciement.

Si, dans la même hypothèse, le cadre licencié s'installe dans un autre lieu que celui de sa résidence initiale, il bénéficie du remboursement des frais définis ci-dessus, dans la limite de ceux qu'aurait occasionné son retour au point de départ.

Lorsqu'un cadre reçoit un ordre de changement de résidence, si les coutumes locales ou la pénurie des locaux disponibles l'amènent à louer un logement avec un préavis de congé supérieur à 3 mois, il doit, au préalable, obtenir l'accord de son entreprise, faute de quoi celle-ci n'est tenue à lui rembourser que 3 mois de loyer.

En cas de décès du cadre au lieu de sa nouvelle résidence, les frais occasionnés par le rapatriement de sa famille (conjoint et personnes à charge) ainsi que les frais éventuels de retour du corps sont à la charge de l'entreprise dans les conditions fixées ci-dessus.

CHAPITRE VI.2

DÉPLACEMENTS DANS LES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER ET LES COLLECTIVITÉS D'OUTRE-MER ET HORS DE FRANCE

Article 6.2.1

Champ d'application

Les cadres qui ont travaillé pendant au moins 3 mois dans un ou plusieurs établissements métropolitains d'une entreprise relevant de la présente convention et qui, sans avoir quitté l'entreprise depuis lors, sont déplacés par leur entreprise pour exercer temporairement une fonction hors de la France métropolitaine bénéficient des dispositions du présent texte.

Il en est de même pour les cadres mutés dans l'entreprise dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 6.2.8 de la présente convention collective, pour autant qu'ils aient exercé leur activité pendant 3 mois en France métropolitaine dans l'entreprise qui les a mutés.

Article 6.2.2

Assurance et garanties collectives

L'entreprise assure au cadre amené à se déplacer hors de France métropolitaine, et ce quelle que soit la durée du déplacement, une garantie couvrant les frais d'accidents, notamment le rapatriement, décès, invalidité, assistance juridique.

L'entreprise assurera, dans la mesure du possible, la continuité des garanties collectives (retraites, couverture des risques d'invalidité, décès, accidents du travail, maladie, accidents et perte d'emploi) avec celles des régimes métropolitains.

Section 1

Déplacements inférieurs à 3 mois

Article 6.2.3

Lettre de mission

Dans le cas de déplacements inférieurs à 3 mois, les dispositions, en vigueur en métropole, de la convention collective des travaux publics restent applicables.

Une lettre de mission sera remise au cadre amené à effectuer un déplacement compris entre 1 et 3 mois.

Cette lettre que le cadre devra signer avant son départ comprend expressément les points suivants :

- le lieu d'exercice de la fonction ;
- la durée du déplacement ;
- les modalités d'indemnisation du déplacement et du séjour ;

- le détail de la couverture prévoyance et le rapatriement ;
- éventuellement, une indemnité d'éloignement suivant les règles en vigueur dans l'entreprise.

Section 2

Déplacements supérieurs à 3 mois

Article 6.2.4

Avenant au contrat de travail

Un avenant au contrat de travail, signé avant le départ effectif du cadre, régissant les conditions dans lesquelles s'effectue le séjour hors de la France métropolitaine, se substitue au contrat de travail initial qui s'applique, à nouveau, de plein droit dès le retour en métropole.

Préalablement à la signature de l'avenant, l'entreprise met à la disposition du cadre pendant un délai suffisant une documentation aussi complète que possible concernant la réglementation sociale et fiscale en vigueur dans les pays où le cadre est envoyé, compte tenu de la durée prévisible du déplacement, et lui communique toutes informations relatives aux conditions générales de travail, de vie et d'environnement, propres aux lieux de travail.

L'avenant doit comporter les points suivants :

- fonctions :
 - lieux d'exercice de la fonction ;
 - durée prévue du déplacement ;
 - qualification de l'intéressé ;
 - montant, composantes, modalités et lieux de paiement de la rémunération ;
 - période d'adaptation ;
 - modalités de résiliation du contrat ;
 - modalités du contrôle médical à la charge de l'entreprise, avant le départ, pendant le séjour et au retour ;
- conditions de vie du cadre et de sa famille :
 - couverture retraite (sécurité sociale ou régime équivalent et régimes complémentaires) ;
 - couverture prévoyance (invalidité, décès, accidents du travail, maladie et accidents, perte d'emploi) ;
 - conditions de voyage, de transport et de rapatriement ;
 - frais de voyage, de transport et du rapatriement ;
 - frais de déménagement et, s'il y a lieu, assurances correspondantes ;
 - congés et jours de repos (durée, fréquence et, éventuellement, repos compensateurs).

En aucun cas les stipulations contenues dans l'avenant ne peuvent déroger aux règles du droit du travail en vigueur dans le pays où le cadre est envoyé et qui, dans ce pays, sont considérées comme d'ordre public. Les garanties et avantages accordés dans l'avenant ne peuvent être inférieurs à ceux prévus à l'annexe VII.

La durée du séjour hors de la France métropolitaine sans interruption ne doit pas, en principe, dépasser 1 an, sauf accord du cadre.

Article 6.2.5

Assistance au cadre et à sa famille

Pendant la durée du séjour, l'entreprise assure, en liaison avec les autorités consulaires, aide et protection au cadre et à sa famille l'accompagnant éventuellement.

Article 6.2.6

Rupture du contrat de travail

En cas de rupture du contrat de travail durant le séjour à l'extérieur, les indemnités susceptibles d'être dues au cadre à cette occasion sont calculées, sauf cas plus favorable prévu dans l'avenant, sur le montant de la rémunération effective du cadre base France métropolitaine.

Le rapatriement du cadre et de sa famille s'il y a lieu et de ses meubles et bagages dans les conditions prévues au contrat sont à la charge de l'entreprise. Ce droit au rapatriement ne peut être exercé que dans un délai maximum de 9 mois à dater de la notification du licenciement. Toutefois, en cas de résiliation du contrat due soit à la démission du cadre, soit à une faute grave de sa part, soit en toute circonstance dont il est reconnu être à l'origine, l'entreprise n'a la charge des frais de rapatriement qu'au prorata du temps de séjour effectué par rapport au temps de séjour prévu.

Les avantages de toute nature dont le cadre peut bénéficier au titre de la réglementation du lieu d'emploi s'imputent à due concurrence sur ceux prévus ci-dessus.

Article 6.2.7

Retour en métropole

A son retour en métropole, le cadre sera affecté à un emploi aussi compatible que possible avec l'importance de ses précédentes fonctions et conservera sa qualification.

Le temps passé hors de la France métropolitaine entre en ligne de compte, notamment pour :

- la détermination de ses nouvelles fonctions et de ses appointements ;
- le calcul de l'ancienneté ;
- le calcul des diverses indemnités prévues en cas de rupture du contrat.

L'entreprise pourra faire bénéficier le cadre de la formation professionnelle continue qui peut s'avérer utile en raison soit de l'absence prolongée de l'intéressé, soit de l'évolution des techniques.

Article 6.2.8

Détachement dans une autre entreprise

Lorsqu'un cadre est détaché hors de la France métropolitaine par l'entreprise dans laquelle il travaille en métropole et mis à la disposition d'une entreprise de statut juridique étranger, filiale de l'entreprise métropolitaine ou de la même société mère, l'entreprise métropolitaine se porte garante, pour la filiale, de l'exécution des engagements résultant de l'application du présent texte.

Est considérée comme filiale l'entreprise dont plus de 50 % du capital est possédé par l'entreprise métropolitaine ou celle qui, soit directement, soit par l'effet d'une délégation de mandat, est contrôlée effectivement par l'entreprise métropolitaine.

Dans le cas où plusieurs entreprises métropolitaines relevant de la présente convention ont ensemble le contrôle effectif d'une entreprise étrangère, chacune de celles-ci se porte garante vis-à-vis des cadres qu'elle y détache au même titre que si l'entreprise étrangère était sa propre filiale.

Lorsque, à l'initiative de l'entreprise dans laquelle il travaille en métropole, le cadre y cesse son activité et est engagé pour travailler hors de la France métropolitaine par une entreprise française ou étrangère pouvant n'avoir aucun lien juridique avec l'entreprise métropolitaine considérée, cette dernière se porte garante pour l'entreprise française ou étrangère de l'application, en faveur du cadre, des dispositions de l'article L. 1231-5 du code du travail concernant le droit au rapatriement, au maintien de l'emploi, au préavis et à l'indemnité de licenciement.

L'engagement est, sauf reconduction, réputé caduc à l'expiration d'un délai de 5 ans de service du cadre au sein de l'entreprise située hors de la France métropolitaine. En l'absence de reconduction, le cadre pourra opter, dans les 6 mois qui suivront la notification par l'entreprise du non-maintien des dispositions protectrices, pour l'application des dispositions figurant à l'alinéa précédent.

TITRE VII

RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Article 7.1

Durée du préavis en dehors de la période d'essai

En cas de licenciement autre que pour faute grave, la durée du préavis est fixée à 2 mois si le cadre a moins de 2 ans d'ancienneté dans l'entreprise et à 3 mois à partir de 2 ans d'ancienneté dans l'entreprise.

En cas de démission, la durée du préavis est celle prévue à l'alinéa ci-dessus, sauf accord entre les parties pour une durée inférieure.

Article 7.2

Indemnité de préavis

En cas de licenciement, le cadre qui exécute son préavis peut quitter son entreprise dès qu'il a un nouvel emploi. Dans ce cas, il a droit, indépendamment de l'indemnité éventuelle de licenciement, à la rémunération correspondant à son temps effectif de présence dans l'entreprise.

Sauf accord contraire entre les parties et hormis le cas de faute grave, la partie qui n'observerait pas le préavis devrait à l'autre une indemnité égale à la rémunération correspondant à la durée du préavis restant à courir.

Article 7.3

Autorisations d'absence pour recherche d'emploi

Pendant la période de préavis, le cadre licencié est autorisé, s'il en fait la demande, à s'absenter pour recherche d'emploi pendant 5 journées ou 10 demi-journées par mois, prises en une ou plusieurs fois. Les autorisations d'absence seront fixées pour moitié au gré du cadre, pour moitié au gré de l'entreprise et moyennant information réciproque. Pendant ces absences la rémunération est maintenue.

LICENCIEMENT

Article 7.4

Conditions d'attribution de l'indemnité de licenciement

Sauf en cas de licenciement pour faute grave et sous réserve d'une indemnité légale plus favorable, une indemnité de licenciement, calculée conformément à l'article 7.5, est versée au cadre licencié qui, n'ayant pas 65 ans révolus, justifie de 2 ans d'ancienneté dans l'entreprise, au sens de l'article 7.11, au moment de la notification du licenciement.

En cas de licenciement d'un cadre de plus de 65 ans révolus, celui-ci percevra l'indemnité visée à l'article 7.7.

Article 7.5

Montant de l'indemnité de licenciement

Le montant de l'indemnité de licenciement est calculé selon l'ancienneté du cadre telle que définie à l'article 7.11, en mois de rémunération, selon le barème suivant :

- 3/10 de mois par année d'ancienneté, à partir de 2 ans révolus et jusqu'à 10 ans d'ancienneté ;
- 6/10 de mois par année d'ancienneté pour les années au-delà de 10 ans d'ancienneté.

L'indemnité de licenciement ne peut dépasser la valeur de 15 mois.

En cas de licenciement d'un cadre âgé de plus de 55 ans à la date d'expiration du délai de préavis, effectué ou non, le montant de l'indemnité de licenciement est majoré de 10 %.

La rémunération servant au calcul ci-dessus est celle du cadre pour le dernier mois ayant précédé la date de notification du licenciement, augmentée en cas de rémunération variable du 12^e du total des sommes ayant constitué cette rémunération au titre des 12 derniers mois précédant la notification.

La rémunération variable s'entend de la différence entre le montant de la rémunération totale du cadre pendant les 12 mois considérés et le montant des appointements correspondant à la durée habituelle de travail reçus par le cadre au cours de ces 12 mois.

Le montant des sommes à prendre en compte est la rémunération brute versée par l'employeur afférente à cette période.

MISE À LA RETRAITE

Article 7.6

Mise à la retraite

La mise à la retraite à l'initiative de l'employeur d'un cadre ayant atteint l'âge mentionné au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, sous réserve des septième à neuvième alinéas de l'article L. 1237-5 du code du travail, ne constitue pas un licenciement mais une cause autonome de rupture du contrat de travail.

Pour faciliter la mise en œuvre du présent article, les cadres pour lesquels une mise à la retraite est envisagée pourront communiquer copie de leur relevé de carrière CNAVTS à leur employeur.

Article 7.7

Montant de l'indemnité de mise à la retraite

Sous réserve d'une indemnité légale plus favorable, les cadres mis à la retraite ont droit à une indemnité de mise à la retraite visant à compenser la rupture du contrat de travail, indemnité versée par l'entreprise en fonction de l'ancienneté du cadre et calculée à raison de :

- 2/10 de mois par année d'ancienneté, à partir de 2 ans révolus et jusqu'à 10 ans d'ancienneté ;
- 5/10 de mois par année d'ancienneté, pour les années au-delà de 10 ans d'ancienneté. L'indemnité de mise à la retraite ne peut pas dépasser la valeur de 12 mois.

Pour l'application du présent article, l'ancienneté et la base de calcul sont celles définies aux articles 7.11 et 7.5 de la présente convention.

L'indemnité de mise à la retraite visée au présent article ne se cumule pas avec l'indemnité conventionnelle de licenciement, et notamment celle versée à l'occasion d'une rupture antérieure dans la même entreprise.

Article 7.8

Durée du préavis

Le préavis est fixé à 3 mois, quel que soit l'âge auquel intervient la mise en retraite et quelle que soit l'ancienneté du cadre concerné.

La mise à la retraite par l'employeur sera notifiée au cadre par lettre recommandée avec avis de réception dont la date de première présentation fixe le point de départ du délai de préavis.

DÉPART À LA RETRAITE

Article 7.9

Départ à la retraite à l'initiative du cadre

Le cadre ayant atteint l'âge fixé à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale qui remplit les conditions pour bénéficier d'une pension vieillesse à taux plein du régime général de la sécurité

sociale ou d'un régime assimilé et qui résilie lui-même son contrat de travail pour prendre effectivement sa retraite perçoit l'indemnité de départ.

Cette indemnité lui est également attribuée s'il résilie lui-même son contrat de travail à partir de 55 ans révolus, à condition que la résiliation de son contrat soit suivie de la justification de la liquidation de sa retraite à compter de la cessation de son emploi.

Le montant de l'indemnité de départ est calculé selon le barème suivant :

- 1,5/10 de mois par année d'ancienneté, à partir de 2 ans révolus et jusqu'à 10 ans d'ancienneté ;
- 3/10 de mois par année d'ancienneté, pour les années au-delà de 10 ans d'ancienneté.

L'indemnité de départ à la retraite ne peut dépasser la valeur de 8 mois.

Pour l'application du présent article, l'ancienneté et la base de calcul sont celles définies aux articles 7.11 et 7.5 de la présente convention.

Article 7.10

Préavis

Le préavis est fixé conformément aux dispositions de l'article L. 1234-1 du code du travail à :

- 1 mois si le cadre justifie chez le même employeur d'une ancienneté de services continus comprise entre 6 mois et moins de 2 ans ;
- 2 mois si le cadre justifie chez le même employeur d'une ancienneté de services continus d'au moins 2 ans.

Le cadre notifiera son départ à la retraite à l'employeur par lettre recommandée avec avis de réception dont la date de première présentation fixe le point de départ du délai de préavis.

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 7.11

Définition de l'ancienneté

On entend par ancienneté du cadre le temps pendant lequel le cadre a été employé en une ou plusieurs fois dans l'entreprise ou dans le groupe, lorsqu'il existe un comité de groupe, y compris le temps correspondant à un emploi dans un établissement de l'entreprise situé hors métropole ou dans tout établissement d'une autre entreprise où il aurait été affecté sur instructions de son entreprise et avec accord de la nouvelle entreprise quels qu'aient été ses emplois successifs, déduction faite toutefois, en cas d'engagements successifs, de la durée des contrats dont la rupture lui est imputable (départ à la retraite ou démission) et quelles que puissent être les modifications survenues dans la nature juridique de l'entreprise.

Sont également prises en compte :

- les interruptions pour mobilisation ou fait de guerre telles qu'elles sont définies au titre I^{er} de l'ordonnance du 1^{er} mai 1945, sous réserve que l'intéressé ait repris son emploi dans les conditions prévues au titre I^{er} de ladite ordonnance ;
- la durée des interruptions pour :
 - période militaire obligatoire ;
 - maladie, accident ou maternité ;
 - congés payés annuels ou congés exceptionnels de courte durée, résultant d'un accord entre les parties ;
 - et, plus généralement, toutes les périodes dont le code du travail prévoit qu'elles doivent être prises en compte au titre de l'ancienneté pour le calcul des droits.

Les fractions d'année d'ancienneté sont prises en compte et arrondies au 12^e le plus proche.

Si un cadre passe, sur instruction de son entreprise, définitivement ou pour un temps limité dans une autre entreprise, il n'y aura pas discontinuité dans le calcul de l'ancienneté et des avantages y afférents, que le cadre reste définitivement dans la seconde entreprise ou reprenne sa place dans la première. Toutefois, s'il reste définitivement dans la seconde entreprise, celle-ci prend en charge l'ancienneté acquise dans la première. Ces instructions doivent être confirmées à l'intéressé par les deux entreprises.

Article 7.12

Engagements successifs

Le cadre engagé plusieurs fois de suite dans la même entreprise a droit, lors d'un licenciement non motivé par une faute grave, ou en cas de mise à la retraite, à l'indemnité correspondant à son ancienneté décomptée selon les dispositions de l'article 7.11, sauf dans le cas où les licenciements antérieurs ont été pratiqués par des entreprises qui, à l'époque, n'appartenaient pas au groupe dont fait partie l'entreprise qui licencie en dernier lieu.

Après un premier versement d'indemnité, les licenciements ultérieurs ou en cas de mise à la retraite donnent lieu à versement d'indemnités complémentaires de caractère différentiel, c'est-à-dire compte tenu du nombre de nouvelles années donnant droit à indemnité et calculées en fonction des dispositions de l'article 7.5 sur la base de la rémunération pratiquée au moment du licenciement.

Article 7.13

Déclassement

Tout changement de qualification au sens de la présente convention collective (titre III), entraînant un déclassement ou une diminution de rémunération, convenu entre le cadre et son entreprise, sera consigné dans une note en double exemplaire, datée et signée par les parties, dont un exemplaire sera remis à chacune d'elles. Le déclassement donne lieu, à titre de dommages et intérêts, au versement de l'indemnité de licenciement et le nouveau contrat devient générateur d'indemnités complémentaires de caractère différentiel, calculées dans les conditions énoncées à l'article 7.12.

TITRE VIII

AUTRES DISPOSITIONS

Article 8.1

Brevets d'invention

Les inventions des cadres sont régies par les dispositions du code de la propriété industrielle ainsi que par les dispositions des décrets d'application de cette législation.

Lorsqu'un cadre fait une invention ayant trait aux activités, études ou recherches de l'entreprise et donnant lieu à une prise de brevet par celle-ci, le nom du cadre doit être mentionné dans la demande de brevet et être reproduit dans l'exemplaire imprimé de la description. Cette mention n'entraîne pas, par elle-même, de droit de copropriété.

Si, dans un délai de 5 ans consécutif à la prise du brevet, celui-ci a donné lieu à une exploitation commerciale, le cadre dont le nom est mentionné sur le brevet a droit à une gratification en rapport avec la valeur de l'invention, et cela même dans le cas où le cadre est à la retraite ou n'est plus dans l'entreprise.

Cette disposition s'applique également à tout procédé breveté nouveau de fabrication qui, notamment appliqué, accroît la productivité de la fabrication à laquelle il s'applique.

Le montant de cette gratification est établi forfaitairement en tenant compte du contexte général de recherche dans lequel s'est placée l'invention, des difficultés de la mise au point pratique, de la

contribution personnelle originale du cadre dans l'individualisation de l'invention elle-même et de l'intérêt commercial de celle-ci. Le cadre, ou le cas échéant ses ayants droit, est obligatoirement tenu informé de ces différents éléments par l'entreprise qui exploite son invention.

Article 8.2

Obligations militaires

En l'absence de toute mobilisation générale ou partielle, le rappel individuel d'un cadre sous les drapeaux n'entraîne pas la rupture mais seulement la suspension de son contrat de travail et, à sa libération, l'intéressé sera réintégré en priorité dans l'emploi qu'il occupait avant son rappel ou dans un emploi similaire.

Cette disposition ne s'oppose pas à ce qu'intervienne au cours du séjour sous les drapeaux un licenciement résultant de la suppression de l'emploi de l'intéressé, pour fin de travaux, modification de la structure de l'entreprise, etc.

Les périodes militaires de réserve obligatoires et non provoquées par les intéressés ne constituent pas une rupture du contrat de travail et ne peuvent entraîner une réduction des congés annuels. Pendant ces périodes, les cadres seront rémunérés normalement par leur employeur.

TITRE IX

DISPOSITIONS FINALES

Article 9.1

Procédure de conciliation

Une commission paritaire nationale d'interprétation et de conciliation est constituée pour rechercher une solution amiable aux conflits collectifs pouvant résulter de l'interprétation et de l'application de la présente convention collective. Cette commission n'a pas à connaître des litiges individuels qui restent du domaine judiciaire.

Cette commission est composée de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés signataires et d'un nombre égal de représentants des organisations d'entreprises signataires.

La commission paritaire d'interprétation et de conciliation doit être convoquée par la partie patronale dans le délai de 5 jours ouvrables à dater de celui où elle a été saisie du différend par la partie la plus diligente.

La demande doit être formulée par écrit en autant d'exemplaires qu'il y a d'organisations signataires de la présente convention collective plus une et doit exposer l'origine et l'étendue du différend.

Un procès-verbal d'accord ou de désaccord est établi par la commission paritaire et adressé à l'ensemble des partenaires sociaux.

Article 9.2

Durée, révision et dénonciation

La présente convention collective entrera en vigueur le lendemain du jour où les formalités de dépôt auront été accomplies.

Elle est conclue pour une durée indéterminée. Elle pourra être dénoncée par l'une des organisations signataires ou adhérentes après un préavis minimum de 6 mois. Cette dénonciation devra être notifiée à toutes les autres organisations signataires par lettre recommandée avec avis de réception ainsi qu'à l'unité territoriale de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

La convention, ses annexes et avenants resteront en vigueur pendant une durée de 1 an à partir de l'expiration du délai de préavis fixé au paragraphe précédent, à moins qu'un nouveau texte ne les ait remplacés avant cette date.

Toute modification, révision totale ou partielle, ou adaptation des dispositions de la présente convention collective nationale ne peut être effectuée que par les organisations syndicales d'entreprises et de salariés des travaux publics représentatives au plan national ; celles-ci examinent tous les 3 ans l'opportunité de procéder à d'éventuelles adaptations compte tenu des évolutions constatées.

Les demandes de révision doivent être effectuées dans les formes prévues pour la dénonciation, à l'exception de l'information de l'unité territoriale de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, et sont accompagnées d'un projet concernant les points dont la révision est demandée.

Article 9.3

Abrogation

A la date de son entrée en vigueur, la présente convention collective nationale abroge et se substitue, en ce qui concerne les cadres, aux dispositions de l'accord collectif national du 29 octobre 1986 sur les conditions de l'adaptation de l'emploi et les garanties sociales des salariés, et dans toutes leurs dispositions à la convention collective nationale des cadres des travaux publics du 1^{er} juin 2004, à l'exception de ses annexes et avenants.

Article 9.4

Adhésion

Toute organisation représentative au plan national non signataire de la présente convention collective pourra y adhérer ultérieurement par simple déclaration à l'unité territoriale de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi où elle aura été déposée. L'adhésion est notifiée aux signataires de la convention et fait l'objet d'un dépôt dans des conditions prévues par voie réglementaire, à la diligence de son ou de ses auteurs.

Article 9.5

Dépôt

Le texte de la présente convention sera déposé en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, à la direction générale du travail et au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris, conformément aux dispositions des articles D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail.

Article 9.6

Force obligatoire de la présente convention

Dans les matières relevant des titres I^{er}, II, III (chapitre III.1 à compter du 1^{er} février 2013 pour l'article 3.3 du chapitre III.2), IV, V, VI (chapitre VI.1), VII, VIII et IX, les conventions ou accords d'entreprise ou d'établissement ne peuvent comporter des clauses dérogeant aux dispositions de la présente convention collective, sauf dispositions plus favorables.

Fait à Paris, le 20 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

PROTOCOLE D'ACCORD DU 13 JUIN 1973 RELATIF À LA GESTION DES ORGANISMES PARITAIRES PROFESSIONNELS

Les organisations d'employeurs et de salariés soussignées sont d'accord pour que les organismes paritaires suivants :

CNPBTP, CBTP, CNRO, CNPO, Gestion BTP, CCCA, OPPBTP, GFCBTP,

contribuent financièrement à une partie des frais de préparation et d'études résultant pour elles de leur participation à la gestion de ces organismes.

Chaque organisation percevra annuellement une somme forfaitaire et globale de 200 000 F.

La charge totale, soit 1 800 000 F, sera répartie entre les organismes en fonction de la part de chacun dans la masse totale des salaires (charges sociales exclues) versés à leur personnel au cours de l'exercice 1972.

Dans le courant du mois de mars, chaque organisme versera sa part contributive à un fonds commun qui effectuera à la fin du même mois les versements dus à chaque organisation. La gestion administrative de ce fonds commun sera assurée par Gestion BTP.

La somme revenant à chaque organisation (200 000 F) variera chaque année dans la même proportion que l'indice général des taux de salaire horaire constaté par le ministère du travail au 1^{er} octobre de l'année précédente, la base étant celui d'octobre 1972 (397,9).

La répartition de la charge totale entre les organismes sera simultanément revue chaque année, à la diligence du gestionnaire du fonds commun, en fonction de la part de chacun dans la masse totale des salaires (charges sociales exclues) versés à leur personnel au cours de l'exercice écoulé.

Les administrateurs et les membres des commissions ou comités statutaires de chaque organisme percevront, pour l'assistance aux réunions, une vacation forfaitaire de 150 F par jour au maximum, cette vacation se substituant à celles actuellement en vigueur.

Les pertes réelles de salaire et les frais de déplacement réellement exposés seront en outre remboursés aux intéressés selon des modalités qui devront être harmonisées ; à cet effet, les directeurs des organismes se concerteront entre eux pour faire des propositions aux organisations signataires.

Les organisations soussignées s'engagent à donner mandat à leurs représentants aux conseils d'administration des organismes précités pour que chacun d'eux prenne les mesures nécessaires à l'application effective et conforme des présentes dispositions qui entreront en vigueur le 1^{er} juillet 1973.

Le premier versement aux organisations sera effectué en octobre 1973. Il s'élèvera exceptionnellement à 100 000 F par organisation.

Fait à Paris, le 13 juin 1973.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

CAPEB ;

FNB ;

FNSCOP ;

FNTP.

Syndicats de salariés :

FO ;

CFTC ;

CFDT ;

CGT ;

CGC.

ANNEXE II

AVENANT DU 17 JUIN 1974 AU PROTOCOLE D'ACCORD DU 13 JUIN 1973

Article 1^{er}

Le 7^e alinéa du protocole d'accord du 13 juin 1973 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Chaque organisation d'employeurs ou de salariés percevra, pour l'assistance effective de chacun de ses représentants aux réunions des conseils, commissions ou comités statutaires des organismes paritaires, une vacation forfaitaire de 150 F par jour au maximum. Cette vacation se substituera à celles actuellement en vigueur et sera versée par les organismes paritaires aux organisations nationales dont relèvent les administrateurs intéressés. »

Article 2

En application des dispositions du protocole d'accord du 13 juin 1973 sur l'harmonisation des indemnités à verser, par les organismes paritaires visés, à leurs administrateurs et membres de leurs commissions ou comités statutaires pour l'assistance aux réunions, les organisations d'employeurs et de salariés soussignées ont établi les règles figurant au document ci-annexé.

Ces règles s'imposent de la même manière que les dispositions du protocole d'accord du 13 juin 1973 dont elles font désormais partie intégrante.

Leur mise en application devra se faire dans le courant de l'année 1974, à la diligence des conseils d'administration de chaque organisme.

Fait à Paris, le 17 juin 1974.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

CAPEB ;
FNB ;
FNSCOP ;
FNTP.

Syndicats de salariés :

FO ;
CFTC ;
CFDT ;
CGT ;
CGC.

Frais de déplacement, découcher et repas

1. Déplacement

Pour les transports collectifs, y compris éventuellement le wagon-restaurant : régime des frais réels justifiés par l'intéressé.

Pour l'utilisation d'une voiture personnelle :

- indemnité kilométrique égale au prix de revient indiqué chaque année, pour l'année précédente, par l'administration fiscale pour une voiture à Paris d'une puissance de 7 CV, parcourant annuellement 10 000 km et revendue après 5 ans, soit pour 1974 : 0,51 F (prix de revient 1973).

2. Découcher régime forfaitaire :

- 70 F pour une nuit d'hôtel à Paris ou dans une métropole régionale ;
- 40 F dans une autre ville.

Ces valeurs forfaitaires varieront en fonction de l'évolution de l'indice d'ensemble des prix de nuitées dans les hôtels, publié annuellement par l'INSEE, la base étant celui de 1972 (113,7).

3. Repas

Régime forfaitaire de 30 F par repas (pour un repas pris au wagon-restaurant, voir ci-dessus paragraphe 1).

Ce forfait variera également en fonction de l'évolution de l'indice d'ensemble des prix des repas dans les restaurants publié annuellement par l'INSEE, la base étant celui de 1972 (115,7).

Compensation de perte de salaire ou d'activité

1. Salariés d'entreprises représentant une organisation syndicale de salariés :

- maintien des salaires par les entreprises ;
- remboursement par les organismes paritaires, à la demande des entreprises, des salaires et charges sur salaires correspondant aux absences entraînées par les réunions statutaires.

2. Tous autres administrateurs en activité :

- pour la participation à une réunion statutaire d'une durée inférieure ou égale à la demi-journée : 100 F ;
- pour la participation à une réunion statutaire d'une durée supérieure à la demi-journée et inférieure ou égale à la journée : 150 F.

Ces sommes seront versées par les organismes paritaires aux organisations nationales d'employeurs ou de salariés dont relèvent les administrateurs intéressés.

ANNEXE III

AVENANT N° 2 DU 28 JANVIER 1981 AU PROTOCOLE D'ACCORD DU 13 JUIN 1973

Cet avenant abroge et remplace celui du 17 juin 1974 (ainsi que son annexe).

Article 1^{er}

Le 4^e alinéa du protocole d'accord du 13 juin 1973 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Dans le courant du mois de mars, Gestion BTP effectuera le calcul des sommes dues et à percevoir et en informera les organismes et organisations intéressés. A la fin du même mois, chaque organisme versera directement à chaque organisation sa part contributive. »

Article 2

Le 5^e alinéa du protocole d'accord du 13 juin 1973 est abrogé et remplacé par le suivant :

« La somme revenant à chaque organisation variera chaque année dans la même proportion que l'indice du coût de la construction mesuré par l'INSEE au cours du 3^e trimestre de l'année précédente. »

Article 3

Le 6^e alinéa du protocole d'accord du 13 juin 1973 est abrogé et remplacé par le suivant :

« La répartition de la charge totale entre les organismes sera simultanément revue chaque année à la diligence de Gestion BTP, en fonction de la part de chacun d'eux dans la masse totale des salaires (charges sociales exclues) versés à leur personnel au cours de l'exercice écoulé. »

Article 4

Le 7^e alinéa du protocole d'accord du 13 juin 1973 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Chaque organisation d'employeurs ou de salariés percevra, pour l'assistance effective de chacun de ses représentants aux réunions des conseils, commissions ou comités statutaires des organismes paritaires, une vacation forfaitaire de 230 F par jour au maximum. Cette vacation se substituera à celle actuellement en vigueur et sera versée par les organismes paritaires aux organisations nationales dont relèvent les administrateurs intéressés. Elle variera tous les ans dans la même proportion que l'indice du coût de la construction mesuré par l'INSEE (indice du 3^e trimestre) ; ainsi la première réévaluation interviendra au début de l'année 1982 à partir de la comparaison des indices du 3^e trimestre 1980 et du 3^e trimestre 1981. La réévaluation sera applicable dès la publication officielle de l'indice susvisé. »

Article 5

En application des dispositions du protocole d'accord du 13 juin 1973 sur l'harmonisation des indemnités à verser par les organismes paritaires visés à leurs administrateurs et membres des commissions ou comités statutaires pour l'assistance aux réunions, les organisations d'employeurs et de salariés soussignées ont établi les règles figurant au document ci-annexé.

Ces règles s'imposent de la même manière que les dispositions du protocole d'accord du 13 juin 1973 dont elles font désormais partie intégrante.

Elles seront applicables, à la diligence des conseils d'administration de chaque organisme, pour l'assistance aux réunions tenues à compter du 1^{er} janvier 1981.

Article 6

Les signataires conviennent de suspendre l'application de la clause de réévaluation dès que l'activité de la profession aura chuté de 10 %.

Cette activité sera calculée à partir des indices INSEE d'activité « bâtiment » et « travaux publics », l'indice « bâtiment tous corps d'état » étant retenu pour 3/4 de sa valeur et l'indice « travaux publics » pour 1/4. Les indices de référence retenus sont la moyenne des indices des 12 derniers mois actuellement connus, soit octobre 1979 à septembre 1980 inclus, c'est-à-dire pour le bâtiment 67,27 et pour les travaux publics 79,46.

Dans cette éventualité, le présent avenant continuera de s'appliquer pour l'année en cours à charge pour les signataires de se rencontrer afin de déterminer de nouvelles dispositions quant à l'application du protocole d'accord pour l'année suivante.

Fait à Paris, le 28 janvier 1981.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

CAPEB ;
FNB ;
FNSCOP ;
FNTP.

Syndicats de salariés :

CFDT ;
CFTC ;
CGC ;
CGT ;
FO.

« Frais de déplacement, découcher et repas

1. Déplacement

Pour les transports collectifs, y compris éventuellement le wagon-restaurant : régime des frais réels justifiés par l'intéressé.

Pour l'utilisation d'une voiture personnelle :

- indemnité kilométrique égale au prix de revient indiqué chaque année, pour l'année précédente, par l'administration fiscale pour une voiture à Paris d'une puissance de 7 CV, parcourant annuellement 10 000 km et revendue après 5 ans, soit pour 1974 : 0,51 F (prix de revient 1973).

2. Découcher régime forfaitaire :

- 70 F pour une nuit d'hôtel à Paris ou dans une métropole régionale ;
- 40 F dans une autre ville.

Ces valeurs forfaitaires varieront en fonction de l'évolution de l'indice d'ensemble des prix de nuitées dans les hôtels publié annuellement par l'INSEE, la base étant celui de 1972 (113,7).

3. Repas

Régime forfaitaire de 30 F par repas (pour un repas pris au wagon-restaurant, voir ci-dessus paragraphe 1).

Ce forfait variera également en fonction de l'évolution de l'indice d'ensemble des prix des repas dans les restaurants, publié annuellement par l'INSEE, la base étant celui de 1972 (115,7).

Compensation de perte de salaire ou d'activité

1. Salariés d'entreprises représentant une organisation syndicale de salariés :

- maintien des salaires par les entreprises ;
- remboursement par les organismes paritaires, à la demande des entreprises, des salaires et charges sur salaires correspondant aux absences entraînées par les réunions statutaires.

2. Tous autres administrateurs en activité :

- pour la participation à une réunion statutaire d'une durée inférieure ou égale à la demi-journée : 150 F ;
- pour la participation à une réunion statutaire d'une durée supérieure à la demi-journée et inférieure ou égale à la journée : 230 F.

Ces sommes seront versées par les organismes paritaires aux organisations nationales d'employeurs ou de salariés dont relèvent les administrateurs intéressés. Elles varieront tous les ans dans la même proportion que l'indice du coût de la construction mesuré par l'INSEE (indice au 3^e trimestre) ; ainsi la première réévaluation interviendra au début de l'année 1982 à partir de la comparaison des indices du 3^e trimestre 1980 et du 3^e trimestre 1981. La réévaluation sera applicable dès la publication officielle de l'indice susvisé. »

ANNEXE IV

AVENANT N° 3 DU 7 JUILLET 1993 AU PROTOCOLE D'ACCORD DU 13 JUIN 1973

Le présent avenant modifie le protocole d'accord du 13 juin 1973 dont le nouveau texte devient :

« Les organisations d'employeurs et de salariés soussignées sont d'accord pour que les organismes paritaires suivants :

CNPBTP, CNRBTP, CBTP, CBTP-R, CNRO, CNPO, Gestion BTP, CCCA, OPPBTP, GFCBTP, AREF-BTP, FAF-SAB,

contribuent financièrement à une partie des frais de préparation et d'études résultant pour elles de leur participation à la gestion de ces organismes et, de ce fait, au développement de la politique contractuelle dans les branches du bâtiment et des travaux publics.

Chaque organisation percevra annuellement une somme forfaitaire et globale qui, en 1997, au terme du calendrier indiqué ci-dessous, sera équivalente à 1/9 de 0,120 % des cotisations perçues par les organismes susvisés.

Le calendrier d'évolution du pourcentage des cotisations retenu pour le calcul de la somme forfaitaire et globale est fixé comme suit :

- en 1994 : 0,065 % ;
- en 1995 : 0,075 % ;
- en 1996 : 0,100 % ;
- et à compter de 1997 : 0,120 %.

La charge totale sera répartie entre les organismes selon des modalités qui seront précisées ultérieurement, avant l'entrée en vigueur du présent avenant.

Dans le courant du mois d'avril, Gestion BTP effectuera le calcul des sommes dues et à percevoir et en informera les organismes et organisations intéressés. A la fin du même mois, chaque organisme versera directement à chaque organisation sa part contributive.

La répartition de la charge totale entre les organismes sera simultanément revue chaque année à la diligence de Gestion BTP selon les règles indiquées ci-dessus.

Chaque organisation d'employeurs ou de salariés percevra, pour l'assistance effective de chacun de ses représentants aux réunions des conseils, commissions ou comités statutaires des organismes paritaires, une vacation forfaitaire de 386 F, au 1^{er} juillet 1993, par jour au maximum. Cette vacation sera versée par les organismes paritaires aux organisations nationales dont relèvent les administrateurs intéressés.

Elle variera tous les ans dans la même proportion que l'indice du coût de la construction mesuré par l'INSEE (indice du 3^e trimestre) ; ainsi, la première réévaluation interviendra au début de l'année 1994 à partir de la comparaison des indices du 3^e trimestre 1992 et du 3^e trimestre 1993. La réévaluation sera applicable dès la publication officielle de l'indice susvisé.

Les pertes réelles de salaire et les frais de déplacement réellement exposés seront en outre remboursés aux intéressés selon les règles figurant au document ci-annexé.

Ces règles s'imposent de la même manière que les dispositions du protocole d'accord du 13 juin 1973 dont elles font partie intégrante.

Elles seront applicables, à la diligence des conseils d'administration de chaque organisme, pour l'assistance aux réunions tenues à compter du 1^{er} janvier 1994.

Les signataires conviennent de suspendre l'application des clauses de réévaluation des vacances forfaitaires, des pertes de revenu d'activité et des remboursements de frais de déplacement dès que l'activité de la profession aura chuté de 10 %.

Cette activité sera calculée à partir des indices INSEE d'activité "bâtiment" et "travaux publics", l'indice "bâtiment tout corps d'état" étant retenu pour 3/4 de sa valeur et l'indice "travaux publics" pour 1/4. Les indices de référence retenus sont la moyenne des indices des 12 derniers mois actuellement connus.

Dans cette éventualité, le présent avenant continuera de s'appliquer pour l'année en cours à charge pour les signataires de se rencontrer afin de déterminer de nouvelles dispositions quant à l'application du protocole d'accord pour l'année suivante.

Les organisations soussignées s'engagent à donner mandat à leurs représentants aux conseils d'administration des organismes précités pour que chacun d'eux prenne les mesures nécessaires à l'application effective et conforme des présentes dispositions qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 1994. »

Fait à Paris, le 7 juillet 1993.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

CAPEB ;
FNB ;
FNSCOP ;
FNTF.

Syndicats de salariés :

CFDT ;
CFTC ;
CGC ;
CGT ;
CGT-FO.

« Frais de déplacement, découcher et repas

1. Déplacement

Pour les transports collectifs, y compris éventuellement le wagon-restaurant : régime des frais réels justifiés par l'intéressé.

Pour l'utilisation d'une voiture personnelle :

- indemnité kilométrique égale au prix de revient indiqué chaque année, pour l'année précédente, par l'administration fiscale pour une voiture à Paris d'une puissance de 7 CV, parcourant annuellement 10 000 km et revendue après 5 ans, soit pour 1993 : 2,20 F (prix de revient 1992).

2. Découcher régime forfaitaire :

- 383 F en 1993 pour une nuit d'hôtel à Paris ou dans une métropole régionale ;
- 221 F en 1993 dans une autre ville.

Ces valeurs forfaitaires varient chaque année en fonction de l'évolution de l'indice moyen annuel des prix à la consommation pour la location de chambres d'hôtel, publié par l'INSEE, la base étant celui de 1992 (112,2).

3. Repas

Régime forfaitaire de 169 F par repas pour l'année 1993 (pour un repas pris au wagon-restaurant, voir ci-dessus paragraphe 1).

Ce forfait varie chaque année en fonction de l'évolution de l'indice moyen annuel des prix à la consommation pour les restaurants et cafés, publié par l'INSEE, la base étant celui de 1992 (109,3).

Compensation de perte de salaire ou d'activité

1. Salariés d'entreprises représentant une organisation syndicale de salariés :

- maintien des salaires par les entreprises ;
- remboursement par les organismes paritaires, à la demande des entreprises, des salaires et charges sur salaires correspondant aux absences entraînées par les réunions statutaires.

2. Tous autres administrateurs en activité :

- pour la participation à une réunion statutaire d'une durée inférieure ou égale à la demi-journée : 248 F en 1993 ;
- pour la participation à une réunion statutaire d'une durée supérieure à la demi-journée et inférieure ou égale à la journée : 386 F en 1993.

Ces sommes seront versées par les organismes paritaires aux organisations nationales d'employeurs ou de salariés dont relèvent les administrateurs intéressés. Elles varieront tous les ans dans la même proportion que l'indice du coût de la construction mesuré par l'INSEE (indice du 3^e trimestre) ; ainsi la première réévaluation interviendra au début de l'année 1994 à partir de la comparaison des indices du 3^e trimestre 1992 et du 3^e trimestre 1993. La réévaluation sera applicable dès la publication officielle de l'indice susvisé. »

ANNEXE V

CLASSIFICATION DES CADRES DES TRAVAUX PUBLICS

PRÉAMBULE

Objectifs poursuivis

Dans le cadre de la modernisation des conventions collectives et afin de revaloriser l'image des professions des travaux publics, les parties signataires du présent accord ont adopté une nouvelle classification des cadres plus adaptée à la réalité des métiers et ont défini les barèmes des minima des cadres des travaux publics y afférents.

La nouvelle grille de classifications concerne les cadres des entreprises de travaux publics. Elle répond aux trois objectifs suivants :

- attirer les jeunes et les fidéliser en soulignant les réelles possibilités d'évolution de carrière dans l'intérêt conjugué des entreprises et des salariés ;
- revaloriser les métiers des travaux publics en tenant compte de leur technicité toujours croissante et donc en intégrant les évolutions observées et prévisibles de ces métiers ;
- renouveler et favoriser la mobilité professionnelle, caractéristique forte des travaux publics, en permettant aux salariés de développer leur évolution de carrière tant à l'intérieur de l'entreprise qu'au sein des professions des travaux publics tout entières.

Animées par cette même volonté, les parties signataires ont souhaité procéder à la modernisation des barèmes des minima des cadres, qui se concrétise notamment par :

- la revalorisation des barèmes ;
- l'annualisation des minima ;
- l'indépendance des niveaux.

Principes fondamentaux de la nouvelle classification

Dans cet esprit, les parties signataires du présent accord affirment leur volonté de construire un dispositif de classement durable qui appréhende toutes les composantes actuelles des emplois des travaux publics nécessaires au maintien permanent de la compétitivité des entreprises du secteur.

En adoptant quatre critères classants pour décrire l'ensemble des emplois et des compétences qu'ils nécessitent, elles affirment également leur résolution de se tourner vers l'avenir en élaborant des dispositifs susceptibles de prendre en compte les évolutions futures des métiers des travaux publics dont beaucoup ne sont pas connus aujourd'hui.

Ces critères classants d'égale importance entre eux sont :

- le contenu de l'activité, la responsabilité dans l'organisation du travail ;
- l'autonomie, l'initiative, l'adaptation, la capacité à recevoir délégation ;
- la technicité, l'expertise ;
- les compétences acquises par expérience ou formation.

Ils illustrent notamment les exigences renforcées de recherche de la qualité, de créativité et de réactivité qu'impliquent les nouveaux défis techniques, économiques, environnementaux et sociaux auxquels les professions des travaux publics doivent répondre. Dans ce contexte, ces critères prennent en compte le souci collectif des entreprises des travaux publics de dynamiser et de gérer les compétences de leurs collaborateurs, de répondre aux aspirations et aux attentes des jeunes et des salariés du secteur, tout en respectant les démarches compétences d'entreprises.

Afin de permettre un meilleur déroulement de carrière dans les travaux publics, la grille de classement des cadres a été élaborée à partir de critères classants communs à l'ensemble des salariés des travaux publics (ouvriers, ETAM, cadres).

Avec la même volonté d'offrir de réelles perspectives de carrière aux salariés des travaux publics, les emplois des cadres sont classés en quatre niveaux regroupant huit positions. Ces positions sont associées deux par deux pour permettre la reconnaissance de l'expérience et de la pratique professionnelles par un niveau de confirmation.

Une considération toute particulière a été apportée à la situation des jeunes diplômés pour lesquels des niveaux spécifiques d'entrée, conçus comme de réelles voies de progrès ont été aménagées afin de leur permettre, en confrontant leurs connaissances à la réalité, d'acquérir une pleine légitimité dans l'exercice de leurs fonctions.

Dans le même esprit, il a également été tenu compte de la technicité croissante des métiers des travaux publics et des exigences toujours plus fortes des clients qui conduisent à valoriser l'expertise et la compétence professionnelles.

Les parties signataires ont entendu par ailleurs reconnaître et favoriser l'acquisition de hautes compétences en prévoyant l'existence d'une double voie :

- celle où prédomine la fonction d'expertise poussée à un très haut niveau, qui nécessite la possession incontestée de connaissances de nature technique et de l'ensemble des savoirs résultant de l'expérience ;
- celle où prédomine le management des hommes qui implique direction, animation, coordination de l'activité des salariés placés sous sa responsabilité que le cadre doit former, informer, apprécier, faire progresser, faire adhérer et participer à l'action commune de l'entreprise en intégrant la dimension prévention sécurité.

La même volonté a conduit les parties signataires à prévoir un entretien individuel au moins biennal entre chaque salarié à sa demande et la hiérarchie ou à l'initiative de l'employeur, entretien destiné à déterminer, compte tenu de ses aspirations, ses possibilités d'évolution à l'intérieur de la classification des cadres. Dans cette perspective, la compétence acquise par expérience prime sur les diplômes initiaux mis en œuvre dans l'emploi.

Cet examen permettra de déterminer les éventuelles actions de formation à mettre en œuvre, notamment par le recours à la formation continue, afin de permettre aux salariés de se former tout au long de leur vie professionnelle et d'acquérir de nouvelles compétences pour répondre à l'engagement de service que requiert la satisfaction constante des clients de l'entreprise et favoriser leur parcours professionnel.

Le succès de la mise en œuvre de la nouvelle classification des cadres des travaux publics implique qu'aucune correspondance ne soit recherchée entre l'ancienne et la nouvelle grille de classifications.

Ce classement résulte donc du rapprochement entre les fonctions effectivement exercées dans l'entreprise et les définitions générales des emplois résultant des tableaux ci-après.

La mise en œuvre de la nouvelle classification donnera lieu à la consultation préalable des délégués du personnel, s'il en existe. A cette occasion sera exposée l'orientation générale de l'entreprise pour le classement dans la nouvelle grille. Cette réunion portera également sur l'examen des problèmes généraux et des particularités d'application liés à la mise en œuvre de la nouvelle classification au sein de l'entreprise. Cette mise en œuvre pourra nécessiter un délai maximal de 3 mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord.

Au-delà de l'achèvement de leurs travaux relatifs aux classifications des emplois et des barèmes de minima des cadres des travaux publics, les parties signataires s'accordent pour poursuivre leurs rencontres en vue de l'actualisation de la convention collective nationale des cadres des travaux publics.

Article 1^{er}

Définitions des emplois

La grille de classification des emplois des cadres des travaux publics comprend quatre niveaux regroupant huit positions de classement. Ces niveaux sont définis par quatre critères d'égale importance qui s'ajoutent les uns aux autres et qui sont :

- le contenu de l'activité, la responsabilité dans l'organisation du travail ;
- l'autonomie, l'initiative, l'adaptation, la capacité à recevoir délégation ;
- la technicité, l'expertise ;
- les compétences acquises par formation ou expérience.

Les définitions des emplois correspondant à chacune des huit positions de classement figurent dans le tableau joint en annexe I.

Ne relèvent pas de la présente classification :

- les VRP au sens de l'article L. 751-1 du code du travail ;
- les cadres qui exercent la totalité des responsabilités qui sont le fait caractéristique de l'autorité patronale.

Article 2

Prise en compte des diplômes

Dès lors qu'ils mettent en œuvre effectivement le diplôme correspondant à leur emploi, les cadres débutant dans la profession, titulaires d'un diplôme de l'enseignement général et professionnel visé ci-dessous sont classés au sein du niveau A qui constitue un niveau spécifique d'entrée, dans les positions cadres A 1 ou cadres A 2 conformément au tableau ci-après :

NIVEAU SPÉCIFIQUE D'ENTRÉE : Niveau A	DIPLÔMES
Position cadres A 1	Ingénieurs Ingénieurs-maîtres Maîtrise
Position cadres A 2	Grandes écoles DESS, DEA...

Les cadres accèdent au classement dans une des positions supérieures quand leurs fonctions le justifient. Ils peuvent occuper un emploi correspondant aux positions cadres A 1 ou cadres A 2 de la présente classification pendant une période d'au maximum 3 ans.

Article 3

Evolution de carrière

La présente classification doit permettre une réelle évolution professionnelle des cadres des travaux publics, en leur permettant de développer leurs compétences et d'en acquérir de nouvelles.

Dans cet esprit, un entretien individuel au moins biennal avec sa hiérarchie aura lieu à la demande du salarié ou à l'initiative de l'employeur.

Au cours de cet entretien, seront examinées les possibilités d'évolution de l'intéressé à l'intérieur de la classification des cadres compte tenu des compétences acquises, des critères de classement, de ses aptitudes à progresser et des emplois disponibles dans l'entreprise.

Cet entretien a également pour objet de déterminer les éventuelles actions de formation à mettre en œuvre dans cette perspective.

Article 4

Barèmes des minima des cadres

Article 4.1

Les barèmes des minima des cadres sont fixés après négociation une fois par an à l'échelon national.

Article 4.2

A compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle classification, soit le 1^{er} janvier 2003, la valeur des minima des cadres est exprimée par un barème annuel.

Le barème des minima annuels correspond à une durée de travail de 35 heures par semaine ou 35 heures en moyenne sur l'année.

La valeur des minima annuels est majorée de 10 % pour les cadres bénéficiant d'une convention de forfait en jours sur l'année ⁽¹⁾.

La rémunération annuelle comprend tous les éléments bruts de rémunération acquis dans le cadre d'une année civile, y compris :

- les congés payés ;
- la prime de vacances versée aux conditions conventionnelles ;
- tous les éléments permanents du salaire.

En sont exclus les éléments suivants :

- les sommes versées au titre de l'intéressement des salariés, de la participation des salariés aux résultats de l'entreprise et de l'épargne salariale ;
- les sommes constituant des remboursements de frais ;
- la rémunération des heures supplémentaires ;
- les éventuelles régularisations effectuées au titre de l'année N – 1 ;
- les primes et gratifications ayant un caractère aléatoire ou exceptionnel.

Les présentes dispositions ne font pas obstacle à celles plus favorables résultant d'accords d'entreprise (ou d'établissement) ou d'usages préexistants.

Il appartient à l'entreprise, en fin de chaque exercice civil, de vérifier que le montant total de la rémunération annuelle telle que définie ci-dessus est au moins égal au minimum annuel correspondant au niveau de classement du salarié.

Dans l'hypothèse où le salarié n'aurait pas perçu l'intégralité du minimum annuel, une régularisation sera effectuée au plus tard avant la fin du premier mois de l'année suivante.

L'entreprise s'engage à faire en sorte que ces éventuelles régularisations restent exceptionnelles.

En 2003, le salarié dont la rémunération est proche du minimum, puis les années suivantes, celui auquel une régularisation aurait été faite, pourra demander par écrit à l'entreprise, au terme du premier semestre, d'examiner sa situation au regard du minimum qui lui est applicable.

En cas d'entrée ou de départ en cours d'année, de changement de classement ainsi qu'en cas d'absence indemnisée ou non, l'appréciation du minimum annuel s'effectue *pro rata temporis* ⁽²⁾.

Le minimum annuel fait également l'objet du calcul *pro rata temporis* pour les cadres employés à temps partiel en fonction de la durée du travail convenue.

(1) Cadres visés à l'article L. 212-15-3 du code du travail.

(2) Les modalités actuelles de vérification du respect des minima mensuels sont étendues au cas de minima annuels : les périodes pendant lesquelles la rémunération est maintenue totalement ou partiellement par un tiers sont neutralisées pour effectuer la comparaison.

Article 4.3

a) Pour chacune des positions de la présente classification, à l'exclusion de la position D, il est déterminé une valeur distincte de minima annuels, tout en conservant une hiérarchie équilibrée entre les positions.

b) Pour 2003, les valeurs des positions sont les suivantes :

(En euros.)

ÉCHELON	MINIMUM ANNUEL
A 1	20 800
A 2	23 000
B 1	26 300
B 2	28 500
B 3	30 800
B 4	33 500
C 1	36 500
C 2	42 800

Article 5

Mise en œuvre dans l'entreprise

5.1. Pour la mise en œuvre de la nouvelle classification, il n'existe aucune correspondance entre :

- la classification des cadres constituant la convention collective du 30 avril 1951 concernant les appointements minima des ingénieurs et cadres du bâtiment et des travaux publics ;
- et la nouvelle grille de classement des emplois.

Le classement dans la nouvelle grille de classification s'opérera en confrontant les fonctions réellement exercées dans l'entreprise avec les définitions générales des niveaux et positions.

A cette occasion, il sera porté une attention particulière à l'expérience, laquelle prime sur les diplômes initiaux mis en œuvre dans l'emploi.

5.2. Dans le cas d'un cadre qui, au moment du classement, occupe provisoirement des fonctions moins importantes dans l'attente d'une nouvelle affectation correspondant à son emploi précédent, il sera tenu compte de ce dernier.

5.3. La mise en œuvre initiale des nouvelles classifications donnera lieu à la consultation préalable des délégués du personnel, s'il en existe.

A cette occasion, l'employeur présente l'orientation générale de l'entreprise pour le classement dans la nouvelle grille et donne une réponse motivée aux questions portant sur l'examen des problèmes généraux et des particularités d'application liées à la mise en œuvre de la présente classification au sein de l'entreprise.

A la demande des délégués du personnel, s'il en existe, une deuxième réunion peut être tenue.

5.4. L'employeur confirmera par écrit à chaque cadre son nouveau classement au sein de la présente classification, au moins 1 mois avant son entrée en vigueur.

Ce classement ne peut entraîner aucune diminution du salaire de l'intéressé.

En cas de contestation individuelle de ce nouveau classement, le cadre peut demander à l'employeur un examen de sa situation ; dans un délai de 1 mois, l'employeur devra faire connaître sa décision au cadre au cours d'un entretien pris sur le temps de travail et rémunéré comme tel, lors duquel l'intéressé pourra se faire accompagner par une personne de son choix appartenant au personnel de l'entreprise.

5.5. Les problèmes généraux et les particularités d'application susceptibles d'être posés par la présente classification seront examinés dans le cadre des attributions des représentants du personnel comme dans celui de la négociation annuelle visée à l'article L. 132-27 du code du travail. En particulier, le plan de formation de l'entreprise tient compte de cet examen, afin que soient proposés, en tant que de besoin, des stages de formation qualifiante.

De même, en concertation avec les représentants du personnel, notamment les CHSCT, lorsqu'ils existent, des programmes d'action et de formation en matière de sécurité seront mis en œuvre.

5.6. Pour la mise en œuvre de la présente classification, les parties signataires ont estimé utile d'établir en commun un guide d'utilisation qui constitue un commentaire de la présente classification (annexe II) et qui traite aussi de la nouvelle classification des ETAM.

ANNEXE I

CADRES

Définitions des emplois

NIVEAUX ET POSITIONS									
CRITÈRES	Cadres A 1	Cadres A 2	Cadres B 1	Cadres B 2 (*)	Cadres B 3	Cadres B 4	Cadres C 1 (*)	Cadres C 2	Cadres D
Contenu de l'activité dans l'organisation du travail	Exerce une fonction technique, administrative ou commerciale S'approprie les méthodes et pratiques d'organisation du travail Résout des problèmes simples	Répond aux mêmes conditions qu'en position cadres A1 et en plus : Résout des problèmes courants	Exerce une fonction technique, administrative, commerciale ou d'études ou Assume la direction et la coordination (management) d'un groupe de salariés affecté au même projet que lui Prend en charge des problèmes variés et apporte des solutions dans ses fonctions courantes Assure la transmission de ses connaissances	Exerce une fonction technique, administrative, commerciale ou d'études ou Assume la direction et la coordination (management) d'un groupe de salariés affecté au même projet que lui Prend en charge dans un cadre global des problèmes complexes en tenant compte des paramètres techniques, économiques, administratifs, juridiques, commerciaux et d'organisation du travail	Dans le cadre de fonctions de direction de travaux, de direction d'études, d'organisation et de vente, exerce une ou plusieurs missions d'expertise ou de management des salariés placés sous son autorité Prend en charge un ou plusieurs projets en tenant compte des paramètres techniques, économiques, administratifs, juridiques, commerciaux et d'organisation du travail	Avec une dimension supérieure dans le cadre de fonctions de direction de travaux, de direction d'études, d'organisation et de vente, exerce une ou plusieurs missions d'expertise et/ou de management des salariés placés sous son autorité Dirige et prend en charge dans un cadre global des projets pluridisciplinaires Peut définir dans ce cadre des solutions innovantes	Exerce une large mission d'expertise et/ou une mission de direction ou de conception ou de coordination des travaux sous son autorité Veille à l'évolution de ses collaborateurs Peut être amené à participer à l'élaboration et/ou à la réalisation des choix stratégiques de l'entreprise Etablit des solutions originales et novatrices	Exerce une mission de haute expertise et/ou Dirige une structure complexe Collabore régulièrement à l'élaboration et/ou à la réalisation des choix stratégiques de l'entreprise Etablit des solutions originales et novatrices	Position supérieure non définie

CRITÈRES	NIVEAUX ET POSITIONS							
	Cadres A 1	Cadres A 2	Cadres B 1	Cadres B 2 (*)	Cadres B 3	Cadres B 4	Cadres C 1 (*)	Cadres C 2
Autonomie Initiative Adaptation Capacité à recevoir délégation	Reçoit des instructions précises S'adapte à l'entreprise et à son environnement S'intègre dans l'organisation du service ou du chantier	Reçoit des instructions précises S'adapte à l'entreprise et à son environnement et/ou confirme son adaptation A des relations de travail avec des interlocuteurs internes et externes S'intègre dans l'organisation du service ou du chantier	Agit dans le cadre de directives générales s'approprie rapidement tous les aspects de sa fonction Gère l'organisation de son travail, mais la prise de décisions importantes revient à sa hiérarchie Assure des relations suivies avec des interlocuteurs variés, internes ou externes	Apporte des solutions nouvelles relatives à plusieurs domaines Transmet ses connaissances et veille à la formation de ses collaborateurs	Peut définir des solutions globales Peut assurer directement ou veiller à la formation de ses collaborateurs	Assure directement ou veiller à la formation de ses collaborateurs	Contribue à la définition de ses objectifs A la responsabilité totale des résultats de l'entité ou de la fonction spécialisée dont il a la charge Selon l'organisation de l'entreprise, possède une délégation permanente sur un ou plusieurs objets de la gestion courante	Propose ses objectifs A la totale responsabilité des résultats de la mission qu'il assume A une très large délégation permettant la mise en œuvre des politiques de l'entreprise

CRITÈRES	NIVEAUX ET POSITIONS								
	Cadres A 1	Cadres A 2	Cadres B 1	Cadres B 2 (*)	Cadres B 3	Cadres B 4	Cadres C 1 (*)	Cadres C 2	Cadres D
Technicité expertise	S'initie au cours de cette période d'accueil aux techniques de l'entreprise Met en application les connaissances acquises	S'initie au cours de cette période d'accueil aux techniques de l'entreprise Met en application les connaissances acquises et /ou Confirme sa parfaite connaissance des techniques de l'entreprise	Possède les compétences professionnelles requises pour l'exercice de sa fonction	Répond aux conditions du niveau B1 et en plus : Actualise ses propres connaissances (**)	Possède un niveau de technicité ou d'expertise lui permettant d'exercer pleinement ses missions Actualise et développe ses connaissances (**)	Répond aux conditions du niveau cadres B3 et en plus : Intègre toutes les évolutions de sa spécialité Actualise les connaissances de ses collaborateurs (**)	Compétence et expertise reconnues acquises dans son parcours professionnel Enrichit sa fonction par de nouveaux savoir-faire (**)	Répond aux mêmes conditions qu'en position C1 et en plus : Enrichit sa fonction par de nouveaux champs d'intervention (**)	
	Compétences acquises par expérience ou formation	Débutants titulaires d'un diplôme d'Ingénieurs-ingénieurs-maîtres, maîtrise	Expérience acquise en niveaux G – ETAM ou H – ETAM ou cadres A et formation générale, technologique ou professionnelle	Expérience acquise en cadres B1 et formation générale, technologique ou professionnelle	Expérience ayant permis l'acquisition des compétences requises	Expérience confirmée ayant permis l'acquisition des compétences requises	Large expérience professionnelle	Grande expérience professionnelle	

(*) Se trouve en particulier dans les entreprises à structure simple.

(**) Notamment par le recours à la formation professionnelle continue.

(*) Se trouve en particulier dans les entreprises à structure simple.
(**) Notamment par le recours à la formation professionnelle continue.

ANNEXE II
CLASSIFICATIONS ETAM. – CADRES
GUIDE DE PRÉSENTATION

Présentation générale

Les classifications des ETAM et des cadres répondent à trois objectifs partagés par tous :

- attirer les jeunes et les fidéliser ;
- revaloriser l'image de nos métiers ;
- renouveler et favoriser la mobilité professionnelle à l'intérieur de l'entreprise et de la branche.

Il s'agit donc de décrire les emplois de nos professions en tenant compte de leur état actuel (plus grande technicité, diversité des compétences...) et de leurs développements probables (car on écrit pour longtemps et le système doit pouvoir évoluer).

Il s'agit aussi de favoriser l'évolution des parcours professionnels dans les travaux publics. Pour remplir ces objectifs, les projets de classifications mettent en œuvre divers moyens.

Critères classants

Ces critères repris des classifications ouvriers sont désormais communs aux trois catégories de personnel : ouvriers, ETAM, cadres, ce qui en fait un élément favorisant l'évolution de carrière des salariés. En rendant plus lisibles à travers ces critères les différents emplois, les salariés peuvent mieux imaginer leur propre évolution au sein d'une grille et d'une grille à l'autre.

Ces critères permettent de décrire le contenu actuel des emplois. Ils permettent également d'éviter de lister tous les postes existants, ce qui serait difficilement exhaustif et rapidement obsolète, comme le sont les filières contenues dans l'actuelle classification des ETAM. Les critères classants permettent donc d'inscrire les classifications dans la durée.

Ces critères qui ne comportent pas de hiérarchie entre eux appréhendent tous les aspects des emplois :

- le contenu de l'activité, la responsabilité dans l'organisation du travail : que fait le salarié ?
- l'autonomie, l'initiative, l'adaptation, la capacité à recevoir délégation : comment le fait-il ?
- la technicité, l'expertise : de quelles connaissances techniques a-t-il besoin ?
- les compétences acquises par expérience ou formation : comment est identifiée l'acquisition de ses connaissances et compétences ?

Par rapport aux classifications actuelles, les définitions des emplois ont été enrichies pour tenir compte et valoriser l'ensemble des compétences qu'ils nécessitent.

Par exemple :

Dans le critère contenu de l'activité, responsabilité dans l'organisation du travail, la notion de résolution de problèmes a été introduite.

A partir des positions de maîtrise, il est tenu compte de la transmission des connaissances ; il s'agit d'une mise en commun des « bonnes pratiques », ce qui est essentiel pour le maintien des savoirs dans l'entreprise et la cohérence des équipes.

Dans la grille cadres notamment, la créativité des salariés est prise en compte puisqu'ils peuvent proposer, définir des solutions nouvelles, innovantes...

Autre exemple : dans le critère autonomie, initiative, adaptation, capacité à recevoir délégation, il est tenu compte à partir des niveaux de maîtrise de la notion de communication.

Ces définitions pourront à ce titre inciter les entreprises à mettre en œuvre à leur niveau des démarches compétences.

Enfin, pour illustrer la progression de carrière, les définitions des emplois déclinent ces critères classants de façon progressive à chaque position de classement sur chacune des deux grilles de classifications.

Nombre de positions et de niveaux de classement

La grille ETAM se développe sur huit niveaux de classement, quatre niveaux d'employés, quatre niveaux de techniciens et d'agents de maîtrise. Celle des cadres, sur quatre niveaux regroupant huit positions (compte non tenu de la position D qui regroupe les cadres dont les missions ne sont pas définies).

Cette harmonisation du nombre de possibilités de classement constitue un élément de valorisation des ETAM.

Dans la grille cadres, pour permettre un développement des parcours professionnels, les positions de classement sont associées deux par deux : un premier niveau d'exercice de la fonction, un niveau de confirmation qui reconnaît l'expérience et la pratique professionnelles acquises par les salariés.

Il en est de même dans la grille ETAM surtout à partir du niveau C : pour les employés, le niveau D confirme le niveau C ; pour la maîtrise, le niveau F confirme le niveau E et le niveau H confirme le niveau G.

Les niveaux et positions de confirmation qui constituent des possibilités de classement à part entière sont marqués par une plus grande amplitude des définitions. Le niveau H en est la pleine illustration : à ce niveau, le contenu d'activité est uniquement défini par l'expérience confirmée qui donne au salarié la complète maîtrise des fonctions de niveau G. Cette approche permet également de marquer la différence entre la maîtrise et les cadres.

Reconnaissance de deux types d'emplois

La grille ETAM accueille les employés dans les niveaux A à D inclus. Pour mieux identifier et valoriser les compétences acquises, cette grille décline deux voies à partir du niveau E, premier niveau de maîtrise :

- la voie des techniques jusqu'à de hauts niveaux de technicité ;
- la voie de la maîtrise (on parle de commandement et d'animation).

Cette même démarche vaut pour la grille cadres dans laquelle existent :

- la voie où prédomine la fonction d'expertise poussée à un très haut niveau ;
- la voie où prédomine le management des hommes (on parle de direction par différence avec la maîtrise).

Il s'agit là encore d'un élément améliorant la lisibilité des cursus professionnels puisque cette idée est déjà contenue dans la grille ouvriers dont le niveau IV accueille à la fois les maîtres-ouvriers et les chefs d'équipe.

Accueil des jeunes diplômés

Tout en reconnaissant la valeur du diplôme obtenu dans le cadre de la formation initiale, il s'agit de permettre aux jeunes d'acquérir une première expérience professionnelle, c'est-à-dire d'acquérir dans l'entreprise leur propre « légitimité » dans l'emploi qu'ils exercent.

Deux dispositifs ont été prévus :

- pour les ETAM, lors de son entrée dans l'entreprise, le jeune est classé dans l'emploi correspondant à la spécialité qu'il met en œuvre.

Ce classement est assorti d'une période d'accueil et d'intégration dont la durée varie selon le diplôme mis en œuvre. Au terme de cette période, un entretien de bilan permet au salarié et au chef

d'entreprise (ou à son représentant) d'examiner la situation particulière du jeune et son évolution de carrière dans l'entreprise.

Lorsque le diplôme a été obtenu par l'apprentissage ou à la suite d'une formation par alternance, la durée de cette période peut être réduite de moitié. Elle peut même être supprimée si le jeune demeure dans l'entreprise dans laquelle il a été apprenti ou a exécuté son contrat par alternance.

Ce mécanisme encourage l'acquisition par les jeunes d'une première expérience, la formation ayant été effectuée à l'initiative du salarié ;

- pour les cadres, deux niveaux spécifiques d'entrée dans la profession pour les jeunes diplômés sont prévus dans la grille : les positions cadres A 1 et cadres A 2.

La position cadres A 1 est celle où le cadre débutant « prend ses marques » : par exemple, il s'initie aux techniques de l'entreprise, s'approprie les méthodes et pratiques d'organisation du travail, s'adapte à l'entreprise et à son environnement.

La position cadres A 2 est conçue comme étant le niveau de confirmation du cadre A 1. Il est aussi le niveau d'entrée des jeunes débutants diplômés de grandes écoles ou titulaires d'un diplôme de niveau DESS, DEA...

Les cadres débutants ne peuvent passer plus de 3 ans en tout dans ces deux positions.

Passé ce délai, le jeune cadre sera classé dans l'une des positions de la grille cadres.

Evolution de carrière

Deux mécanismes sont prévus :

- un dispositif classique de promotion en cas d'exercice simultané, pendant 6 mois décomptés en une ou plusieurs fois, de plusieurs emplois impliquant des tâches d'une position ou d'un niveau supérieur ;
- un dispositif réellement novateur, c'est-à-dire institution pour les ETAM et les cadres d'un entretien individuel, au moins biennal, qui aura lieu à la demande du salarié ou à l'initiative de l'employeur, afin de déterminer, compte tenu des souhaits du salarié, quelles sont ses possibilités d'évolution au sein de chaque grille et de la grille ETAM vers la grille cadres.

Dans cette perspective, la compétence acquise par expérience prime sur les diplômes initiaux mis en œuvre dans l'emploi.

Cette évolution vers la catégorie cadres peut avoir lieu à partir de la position G de la classification ETAM.

Cet entretien a également pour objet de définir les éventuelles actions de formation, notamment par le recours à la formation professionnelle continue, qui permettront aux salariés de se former tout au long de leur vie professionnelle.

L'introduction d'un entretien de bilan en fin de période d'accueil et d'intégration pour les ETAM et d'un entretien d'appréciation pour l'ensemble des ETAM et des cadres répond pleinement à l'objectif de fidélisation des salariés dans les travaux publics, de développement et de suivi de leur parcours professionnel.

Présentation de la classification ETAM

La grille ETAM se développe sur huit niveaux de classement :

- quatre niveaux d'employés : niveaux A à D ;
- quatre niveaux de techniciens et d'agents de maîtrise : niveaux E à F.

Employés

Le niveau A est un niveau de simple exécution : les travaux sont simples et répétitifs ; ces travaux nécessitent un apprentissage de courte durée. Il peut s'agir également de travaux d'aide. L'employé est responsable de la qualité du travail fourni et des échéances qui lui sont indiquées, sous l'autorité de sa hiérarchie.

En effet, le salarié les exécute en suivant les consignes précises qu'il a reçues. Dans ce cadre, il peut prendre des initiatives élémentaires. Il doit respecter les règles de sécurité relatives à son emploi et à l'environnement dans lequel il se trouve.

Ce niveau ne demande aucune connaissance spécifique ni formation validée mais une initiation professionnelle ou une adaptation préalable.

Le niveau B comprend des travaux d'exécution dépourvus de difficulté particulière ou bien l'ETAM de niveau B assiste un ETAM de niveau supérieur. Comme au niveau A, ce salarié est responsable de la qualité du travail fourni et des échéances qui lui sont indiquées, sous l'autorité de sa hiérarchie mais il se distingue de ce niveau car il exécute ses tâches en suivant des instructions précises (et non des consignes ciblées sur une tâche donnée).

De même, il peut avoir une part d'initiatives qui portent sur le choix des modes d'exécution de son travail (elles ne sont plus qualifiées d'élémentaires) et il peut être appelé à effectuer des démarches courantes. C'est un niveau où est reconnue une première qualification. L'intéressé a acquis ses compétences par l'expérience vécue en niveau A ou par la formation : c'est d'ailleurs le niveau d'entrée des titulaires de diplômes de niveau CAP, BEP.

Le niveau B permet de valoriser l'expérience des salariés de niveau A.

Au niveau C, la nature des travaux se diversifie. A ce niveau, apparaît la notion de résolution de problèmes mais à ce stade les problèmes résolus sont simples. Le salarié de niveau C est responsable de la qualité du travail fourni et du respect des échéances et par différence des précédents niveaux, il intègre la notion d'objectifs à atteindre, sous l'autorité de sa hiérarchie.

Le salarié de niveau C exerce ses fonctions en suivant des instructions définies mais moins précises qu'au niveau B. Outre la part d'initiative visée au niveau B, il peut en plus être amené à prendre une part de responsabilités relatives à la réalisation des travaux qui lui sont confiés.

En matière de sécurité, son approche est plus globale puisqu'il met en œuvre la démarche de prévention.

Ce niveau demande une technicité courante. Là encore, le salarié a acquis ses compétences en niveau B ou par formation ; ce niveau accueille les titulaires de diplômes de niveau BP, BT, bac professionnel, bac STI.

Le niveau D est le niveau de confirmation des salariés de niveau C. Les travaux exécutés sont identiques à ceux du niveau C mais le salarié les maîtrise. Dans le même esprit, il maîtrise également la résolution des problèmes courants ; il est responsable de ses résultats sous l'autorité de sa hiérarchie.

Le cadre de son intervention est défini par des instructions moins détaillées mais qui demeurent constantes. Dans ce cadre, il peut prendre des initiatives et des responsabilités relatives à la réalisation des travaux qui lui sont confiés.

Par rapport au niveau C, ce niveau de confirmation requiert une technicité courante affirmée. Il permet de valoriser l'expérience et les compétences acquises au niveau C et aux niveaux précédents.

Techniciens et agents de maîtrise

A partir du niveau E, la classification des ETAM comprend deux voies :

- la voie des techniques jusqu'à de hauts niveaux de technicité ;
- la voie de la maîtrise.

Le niveau E constitue le premier niveau de cette catégorie. Pour marquer la différence avec les cadres, les fonctions de maîtrise sont identifiées par le terme « commandement ».

Les fonctions de techniciens s'inscrivent dans de grands domaines techniques exécution, contrôle, organisation, études...

A ce niveau, le salarié résout des problèmes à partir de méthodes et techniques préétablies. Il peut transmettre ses connaissances : cette notion attachée aux fonctions d'encadrement le distingue du niveau D.

Le cadre de ses actions, toujours déterminé par des instructions permanentes, peut s'étendre à des délégations dans un domaine d'activité strictement défini.

Le salarié de niveau E doit savoir prendre une part d'initiatives et de responsabilités ; pour la maîtrise, apparaît la notion d'animation. Intervient aussi à ce niveau celle de communication envers les interlocuteurs externes occasionnels.

Il effectue des démarches courantes.

Dans son rôle d'encadrement, il fait respecter l'application des règles de sécurité. C'est un bon technicien dans sa spécialité, dans laquelle il se tient à jour.

Le salarié de niveau E a acquis ses compétences en niveau D ou en niveau IV de la classification des ouvriers du bâtiment ou en niveaux III et IV de la classification des ouvriers de travaux publics. Le niveau E accueille également les salariés titulaires de diplômes de niveau BTS, DUT, DEUG.

Les travaux exécutés au niveau F diffèrent sensiblement de ceux exercés au niveau E : viennent s'y adjoindre des travaux de gestion et d'action commerciale...

L'autre grande différence réside en ce qu'ils portent sur des projets plus techniques qu'au niveau E, ce qui valorise et reconnaît l'expérience précédemment acquise.

En outre, les fonctions de maîtrise concernent un ensemble de salariés affectés à un projet, notion qui apparaît dans la grille pour la première fois.

La réactivité déjà inscrite au niveau E apparaît de façon plus marquée à ce niveau puisque les problèmes résolus supposent de la part du salarié de niveau F le choix de la solution la plus adaptée. Toutefois, cette exigence est encadrée, le salarié devant agir par référence à des méthodes, procédés ou moyens habituellement mis en œuvre dans l'entreprise.

Dans son rôle d'encadrement, le salarié transmet ses connaissances.

Par différence avec le niveau E, il prend une part plus importante d'initiatives : dans ce cadre, il peut représenter l'entreprise.

Son rôle d'animation est nettement affirmé : l'agent de maîtrise est dans la plénitude de sa fonction. Il en est de même pour les techniciens. Pour eux, comme pour la maîtrise, le niveau F est conçu en effet comme le niveau de confirmation du niveau E.

En matière de communication, ses contacts avec des interlocuteurs extérieurs ne sont plus limités. Ils s'inscrivent dans des relations encore ponctuelles mais dans lesquelles il sait faire passer l'information.

Au regard de la sécurité, son rôle s'étend à une participation à l'adaptation des règles de sécurité dans l'entreprise.

Les fonctions de niveau F supposent des connaissances structurées et une haute technicité dans sa spécialité.

Le salarié de niveau G exerce des fonctions de plus grande amplitude que celui du niveau F. Si la nature des travaux est identique à ceux effectués par le technicien de niveau F, ils portent sur un projet important ou complexe ou sur plusieurs projets.

Parallèlement, l'agent de maîtrise exerce un commandement sur plusieurs équipes de salariés affectés à un projet important ou complexe ou à plusieurs projets.

Ce salarié résout des problèmes variés pour lesquels la solution apportée doit être la plus adaptée et tenir compte des données et contraintes d'ordre économique, technique, administratif et commercial.

Dans son rôle d'encadrement, il sait et doit transmettre effectivement ses connaissances.

A ce niveau, il agit par délégation mais celle-ci reste encadrée par les instructions reçues de sa hiérarchie.

Les relations qu'il développe avec des interlocuteurs externes sont désormais régulières par différence avec le niveau F.

Ce niveau requiert une haute technicité dans la spécialité du salarié qui possède également des connaissances de base de techniques connexes. Dans ces deux domaines, il tient à jour ses connaissances.

L'ETAM de position G peut être promu cadre B 1 sans avoir à valider son expérience en tant qu'ETAM de niveau H, c'est-à-dire sans avoir à « passer » nécessairement par le niveau H de la grille ETAM.

Le niveau H est le niveau de confirmation des salariés de niveau G. C'est un niveau nouvellement créé qui marque le sommet de la classification des ETAM.

C'est pourquoi le contenu d'activité est uniquement défini par l'expérience confirmée qui donne au salarié la complète maîtrise des fonctions de niveau G. Cette approche permet également de marquer la différence entre la maîtrise et les cadres.

Sa large expérience lui permet d'agir par délégation dans le cadre de directives qui demeurent précises. Dans ce cadre, il représente l'entreprise.

Il assure une communication « montante et descendante » et fait le lien entre le personnel placé sous son autorité et la hiérarchie. Vis-à-vis des interlocuteurs externes, il conduit des relations fréquentes.

Le salarié de niveau H possède des connaissances parfaitement maîtrisées dans sa spécialité dont il est un très haut technicien. Il doit également posséder une technicité courante dans des domaines connexes. En cela, il se distingue du salarié de niveau G qui sur ce point ne possède que des connaissances de base.

Présentation de la classification cadres

La grille cadres se développe sur quatre niveaux de classement regroupant huit positions :

- les cadres débutants : niveau cadres A, positions A 1 et A 2 ;
- les cadres : niveau cadres B, positions B 1, B 2, B 3 et B 4 et niveau cadres C, positions C 1 et C 2,

auxquels s'ajoutent les cadres de niveau cadres D.

Dans la grille cadres, pour permettre un développement des parcours professionnels, les positions de classement sont associées deux par deux : un premier niveau d'exercice de la fonction, un niveau de confirmation qui reconnaît l'expérience et la pratique professionnelles acquises par les salariés.

Cadres débutants

Pour les cadres, deux positions spécifiques d'accueil des jeunes diplômés sont prévus dans la grille : les positions cadres A 1 et A 2.

La position cadres A 1 est celle où le cadre débutant « prend ses marques » : il exerce une fonction technique, administrative, commerciale et, à partir des instructions précises qu'il reçoit, s'initie aux

techniques de l'entreprise, s'approprie les méthodes et pratiques d'organisation du travail, s'adapte à l'entreprise et à son environnement.

A cette position, il résout des problèmes simples.

Titulaire d'un diplôme d'ingénieur, ingénieur-maître, maîtrise, le cadre débutant met en œuvre les connaissances ainsi acquises.

La position cadres A 2 est le niveau d'entrée des jeunes débutants diplômé des grandes écoles, ou titulaires d'un diplôme de niveau DESS, DEA... Elle peut être aussi la position de confirmation du cadre A 1.

Le cadre A 2 répond aux mêmes conditions qu'à la position A 1 et en plus il résout des problèmes courants.

La notion de communication apparaît à ce niveau puisque ce cadre a des relations de travail avec des interlocuteurs internes et externes.

Le double caractère de cette position fait qu'en matière de technicité soit le cadre met en œuvre les connaissances acquises par son diplôme (niveau d'entrée), soit il confirme sa parfaite connaissance des techniques de l'entreprise (confirmation de la position cadres A 1).

Les cadres débutants ne peuvent passer plus de 3 ans en tout dans ces deux positions. Passé ce délai, le jeune cadre sera classé dans l'une des positions de la grille cadres.

Cadres

Comme pour les TAM et afin de mieux identifier et valoriser les compétences acquises, la grille des cadres décline deux voies à partir du niveau cadres B qui constituent avec le niveau cadres C les niveaux « utiles » de classement :

- la voie où prédomine la fonction d'expertise poussée à un très haut niveau ;
- la voie où prédomine le management des hommes (on parle de direction par différence avec la maîtrise).

Le management des hommes implique direction, animation, coordination de l'activité des salariés placés sous sa responsabilité que le cadre doit notamment former, informer, apprécier, faire progresser, faire adhérer et participer à l'action commune de l'entreprise en intégrant la dimension prévention à la sécurité.

Le cadre B 1 soit exerce une fonction technique, administrative, commerciale ou d'études, soit assume la direction et la coordination (management) d'un groupe de salariés affecté au même projet que lui.

Ce n'est plus désormais un débutant puisqu'il prend en charge des problèmes variés. Son approche est plus complète qu'à la position cadres A 2 puisqu'il ne se limite plus à la résolution de problèmes courants. La position cadres B 1 accueille également les ETAM promus cadres qui, notamment grâce à leur expérience, peuvent remplir ces critères.

Dans le même esprit que pour les agents de maîtrise, ses fonctions de manager nécessitent qu'il assure la transmission de ses connaissances.

Le cadre B 1 agit dans le cadre de directives générales. Par différence avec les ETAM, on parle de directives, par nature plus larges, et non de consignes ou d'instructions. Il est réactif et s'approprie rapidement tous les aspects de sa fonction.

Sa créativité est reconnue mais se limite à apporter des solutions dans ses fonctions courantes.

Autonome, il gère l'organisation de son travail mais la prise de décisions importantes revient à sa hiérarchie. Son autonomie est donc encadrée.

En matière de communication, il assure des relations suivies avec des interlocuteurs variés, internes ou externes, ce qui le différencie des cadres A 2 pour lesquels ces relations de travail sont par nature plus ponctuelles et l'engagent moins.

Doté de ces premiers éléments d'autonomie, ce salarié engage l'entreprise par délégation mais dans le cadre des directives reçues, c'est-à-dire là encore de façon limitée.

Il possède les compétences professionnelles requises pour l'exercice de sa fonction, compétences qu'il a acquises par expérience acquise aux niveaux G ou H de la classification ETAM ou en tant que cadre A 1 ou A 2 et/ou par formation.

Ainsi, dans une logique de « tuilage », les techniciens et agents de maîtrise de position G peuvent être promus cadres B 1 sans avoir à valider leur expérience en tant qu'ETAM de niveau H, c'est-à-dire sans avoir à « passer » nécessairement par le niveau H de la grille ETAM. De même, sous réserve de ses compétences, aptitudes et capacités, le cadre A 1 peut être directement classé en position cadre B 1 sans avoir à être au préalable classé à la position cadres A 2.

La position cadres B 2 est le niveau de confirmation du cadre B 1. Ses fonctions d'expert ou de manager sont de même nature qu'en position B 1 mais les problèmes qu'il prend en charge sont de nature complexe.

Son approche est plus complète qu'en position cadres B 1 puisqu'il tient compte des paramètres techniques, économiques, administratifs, juridiques, commerciaux et d'organisation du travail. Son expérience lui permet d'aborder ses fonctions avec plus de hauteur.

Les solutions qu'il apporte sont nouvelles et concernent plusieurs domaines. En tant que manager, il ne se limite plus à transmettre ses connaissances comme à la position cadres B 1 mais veille également à la formation de ses collaborateurs.

Le cadre de son emploi est défini par des objectifs et des indications générales qui traduisent une plus grande autonomie qu'à la position cadres B 1. Il prend les mesures nécessaires à leur réalisation et les décisions en découlant.

Vis-à-vis de ses interlocuteurs, il a un rôle d'animation et plus seulement de relations suivies. Il engage d'ailleurs l'entreprise par une délégation qui demeure limitée à son propre domaine d'activités.

La position de cadres B 2 se trouve en particulier dans les entreprises à structure simple.

A partir de la position B 3, le cadre franchit une nouvelle étape : il acquiert une dimension et une amplitude supplémentaires. Cette position correspond à des missions globales.

Ainsi dans le cadre de fonctions de direction de travaux, de direction d'études, d'organisation et de vente, il exerce une ou plusieurs missions d'expertise (et non plus une fonction comme en positions cadres B 1 et B 2) (...) ou de management des salariés placés sous son autorité ou les deux à la fois.

Par différence avec le cadre B 2, le cadre B 3 prend en charge (...) un ou plusieurs projets. Son approche est à cet égard plus complète puisqu'elle concerne des projets et plus seulement des problèmes, comme en position cadres B 2.

Sa créativité est davantage sollicitée et plus globale qu'à la position cadres B 2 : il peut définir (et non seulement proposer) des solutions globales (et non pas seulement plusieurs domaines).

Dans son rôle de manager, il peut assurer lui-même directement ou veiller à la formation de ses collaborateurs.

Le cadre de son action est indiqué par des orientations et des objectifs, pour la réalisation desquels il prend les décisions (...) découlant de ses missions.

En matière de communication, ses interlocuteurs sont identiques à ceux du cadre B 2 mais il (...) entretient avec eux des relations régulières. Il peut d'ailleurs les convaincre et les faire adhérer à un projet : apparaît à ce stade la notion de « travail en réseau ».

Sa délégation, identique à celle du cadre B 2, demeure limitée à son domaine d'activité.

Pour marquer la dimension plus complète de cet emploi, le cadre B 3 possède un niveau de technicité ou d'expertise lui permettant d'exercer pleinement ses missions.

A partir de la position cadres B 3, (...) l'expérience professionnelle acquise est particulièrement valorisée.

La position cadres B 4 est le niveau de confirmation de la position B 3 : le cadre B 4 intervient donc avec une dimension supérieure. Ses missions sont identiques à celles du cadre B 3 mais il dirige et prend en charge dans un cadre global des projets pluridisciplinaires.

Par différence avec la position cadres B 3, il ne se limite plus à recevoir des orientations ; il participe également à la définition de ses objectifs dont il assume la réalisation pour les projets dont il a la charge.

Son approche dans le domaine de la communication est plus collective et toujours dynamique : il développe et assure des relations fréquentes avec tous types d'interlocuteurs. Il sait convaincre et faire adhérer à un projet un ensemble d'interlocuteurs.

Il peut engager l'entreprise par une large délégation, qui reste toutefois limitée à son domaine d'activité.

Son expertise est plus complète encore qu'à la position cadres B 3 : il intègre toutes les évolutions de sa spécialité. Dans sa mission de manager, il actualise les connaissances de ses collaborateurs. Cette position concerne des cadres ayant une expérience confirmée.

Le cadre C 1 assure une mission de direction : il exerce une large mission d'expertise et/ou une mission de direction ou de conception ou de coordination des travaux des salariés placés sous son autorité.

En tant que manager, il veille à l'évolution (et plus seulement à la formation) de ses collaborateurs. Son approche concerne leurs parcours professionnels dans leur ensemble.

Il peut être amené à participer à l'élaboration et/ou à la réalisation des choix stratégiques de l'entreprise. Sa créativité s'exerce de façon plus conceptuelle : il peut créer des méthodes nouvelles. Il contribue à la définition de ses objectifs ; parallèlement, il a la responsabilité totale des résultats de l'entité ou de la fonction spécialisée dont il a la charge.

Selon l'organisation de l'entreprise, il possède une délégation permanente sur un ou plusieurs objets de la gestion courante.

Il a acquis ses compétences et son expertise par son parcours professionnel et sa large expérience et il enrichit toujours sa fonction par de nouveaux savoir-faire.

La position de cadres C 1 se trouve en particulier dans les entreprises à structure simple.

La position cadres C 2 permet l'évolution et la confirmation des cadres C 1 : il exerce une mission de haute expertise et/ou dirige une structure complexe.

Sa collaboration à la définition et/ou à la réalisation des choix stratégiques est régulière (elle est ponctuelle et éventuelle en position C 1). Il établit des solutions originales et novatrices.

Le cadre C 2 propose ses objectifs et a la totale responsabilité des résultats de l'entité et de la mission qu'il assume. Il a en parallèle une très large délégation permettant la mise en œuvre des politiques de l'entreprise.

Il enrichit sa fonction par de nouveaux champs d'intervention, ce qui est plus large que les nouveaux savoir-faire cités en position cadres C 1.

Cette position concerne les cadres justifiant d'une grande expérience professionnelle.

La position cadres D est celle des cadres dont les missions ne sont pas définies par la classification.

ANNEXE VI

ACCORD NATIONAL DU 6 NOVEMBRE 1998 SUR L'ORGANISATION, LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL ET SUR L'EMPLOI DANS LE BÂTIMENT ET LES TRAVAUX PUBLICS

PRÉAMBULE

Après plusieurs années d'une crise ayant durement frappé la profession et entraîné la disparition de plusieurs dizaines de milliers d'emplois, les entreprises et les salariés du BTP mesurent, mieux que quiconque, toute l'ampleur des difficultés générées par une croissance et une activité insuffisantes.

Si certains secteurs connaissent aujourd'hui une meilleure conjoncture, plusieurs autres sont toujours en difficulté et appréhendent l'avenir avec beaucoup d'incertitude.

Le ralentissement des pertes d'emplois au plan global du BTP est incontestablement un fait positif qui traduit cette amélioration partielle de la situation économique de la profession mais il ne s'agit pas encore de création nette d'emplois dans la mesure où ce redressement reste à confirmer et à se généraliser à toutes les composantes du BTP.

Ils constatent que, indépendamment du niveau de l'activité, les fluctuations incessantes de celle-ci résultant tant du cycle des saisons et des contraintes spécifiques des chantiers, que des fortes et nouvelles exigences des clients en matière de délais de réalisation et d'intervention, notamment dans les activités de maintenance-exploitation et de services, obligent à une adaptation constante de l'organisation de l'entreprise.

C'est dans cet environnement que se pose aujourd'hui la question de la réduction de la durée du travail dans le BTP.

Soucieux de ne pas compromettre le mouvement de reprise qui paraît se dessiner, les signataires du présent accord considèrent que la réduction de la durée du travail est possible dès lors qu'elle s'inscrit dans un processus d'aménagement de celle-ci sur l'année et qu'elle n'obère pas la compétitivité des entreprises.

En intégrant dès à présent la réduction de la durée légale du travail ramenée à 35 heures, à compter du 1^{er} janvier 2000 pour les entreprises de plus de 20 salariés et à compter du 1^{er} janvier 2002 pour les entreprises occupant jusqu'à 20 salariés, le présent accord tient compte du fait qu'un certain nombre de salariés aspirent à travailler moins ou autrement.

En rendant possible l'aménagement de la durée du travail sur l'année, le présent accord prend en compte la demande des entreprises de pouvoir s'organiser dans un cadre plus large que la semaine afin de répondre plus vite et mieux à davantage de clients, sans que soit remis en cause le régime légal d'indemnisation des salariés privés d'emploi par suite d'intempéries, régime auquel le BTP demeure très attaché.

Ce faisant, il incite fortement à un moindre recours au travail temporaire, conformément à la volonté clairement exprimée des signataires de limiter la précarité de l'emploi et de favoriser, en priorité, l'emploi permanent dans les entreprises.

La préservation de la compétitivité des entreprises, pierre angulaire de leur survie et de leur développement, donc du maintien et de la création d'emplois, implique également qu'elles soient en capacité de maîtriser leurs coûts et, en particulier, ceux résultant de la réduction de la durée du travail.

Ainsi, dans le contexte de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998, l'accord entend-il tout mettre en œuvre pour qu'une organisation plus rationnelle du travail apporte, tout à la fois, des éléments de performance accrus et des facultés, élargies, pour chacun de mieux maîtriser son temps.

C'est le cas, notamment, pour l'encadrement, les parties signataires affirmant leur volonté de mettre en œuvre des dispositions adaptées pour que ce personnel bénéficie aussi d'une réduction réelle de son temps de travail. En introduisant des innovations en matière de rémunérations forfaitaires, elles souhaitent également que les pouvoirs publics entérinent, au plus tôt, des dispositions qui prennent acte des profondes mutations qui transforment l'exercice des responsabilités des cadres et agents de maîtrise.

Le développement du compte épargne-temps favorisé par l'accord est une des traductions concrètes des nouveaux modes de gestion du temps de travail et de sa réduction.

L'emploi des jeunes et la situation des salariés les plus âgés sont également des préoccupations prioritairement majeures.

En ce qui concerne les jeunes, un accord conclu simultanément à celui-ci se fixe comme objectif d'amplifier les efforts déjà réalisés dans le BTP en renforçant l'adaptation de l'offre de formation, en redéfinissant les complémentarités des différentes filières de formation et d'accès à l'emploi, en promouvant la qualité de l'accompagnement des jeunes, en expérimentant des mesures de fidélisation des jeunes salariés qualifiés, en mobilisant les financements professionnels et publics.

En ce qui concerne les salariés âgés, les signataires du présent accord conviennent de demander à leurs confédérations respectives de procéder au renouvellement de l'accord interprofessionnel sur l'ARPE et à son élargissement aux salariés ayant débuté leur carrière professionnelle en tant que salariés avant l'âge légal actuel de la fin de la scolarité obligatoire et totalisant 160 trimestres ou plus validés au titre des régimes obligatoires de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Ces préoccupations s'inscrivent à l'évidence dans celle plus globale relative à la lutte contre le chômage qui constitue le plus grave défi posé aujourd'hui à notre société.

Si l'urgence à combattre ce fléau ne peut pas faire oublier que l'amélioration de l'emploi dépend d'abord et essentiellement du niveau général de l'activité économique, c'est-à-dire de la croissance et de son maintien, et qu'elle résulte concrètement de la décision de chaque entreprise, au regard de ses besoins et de ses possibilités, les signataires du présent accord sont convaincus que la mise en place le plus rapidement possible de nouvelles organisations du travail plus souples combinées à la réduction du temps de travail et préservant la compétitivité des entreprises ne pourra avoir que des effets positifs sur la situation de l'emploi.

Les parties signataires considèrent, enfin, que la décision d'entrer dans le dispositif prévu par l'article 3 de la loi du 13 juin 1998 qui comporte des aides financières (volet offensif et volet défensif) en contrepartie d'une réduction d'au moins 10 % de la durée du travail implique une réflexion particulière et approfondie au niveau de l'entreprise qui ne peut être menée et conclue que dans le cadre d'un accord d'entreprise spécifique répondant aux conditions fixées par la loi du 13 juin 1998.

Les dispositions de cette loi feront l'objet, de la part des fédérations d'employeurs, de larges initiatives d'information.

CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord national est applicable en France métropolitaine, Corse comprise, à l'exclusion des DOM-TOM.

Pour le bâtiment, aux employeurs relevant respectivement :

- de la convention collective nationale du 8 octobre 1990 applicable dans les entreprises visées par le décret n° 62-235 du 1^{er} mars 1962, modifié par le décret n° 76-879 du 21 septembre 1976 ⁽¹⁾ (c'est-à-dire entreprises occupant jusqu'à 10 salariés) ;
- ou de la convention collective nationale du 8 octobre 1990 applicable dans les entreprises non visées par le décret n° 62-235 du 1^{er} mars 1962, modifié par le décret n° 76-879 du 21 septembre 1976 (c'est-à-dire entreprises occupant plus de 10 salariés) ;
- et à l'ensemble de leurs salariés (ouvriers, ETAM, IAC) dont l'activité relève d'une des activités énumérées dans le champ d'application de cette convention collective.

Pour les travaux publics, à l'ensemble des employeurs, quel qu'en soit l'effectif, et à leurs salariés (ouvriers, ETAM, IAC) dont l'activité relève d'une des activités énumérées dans le champ d'application de la convention collective nationale du 15 décembre 1992.

TITRE I^{ER}

ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL SUR L'ANNÉE ET RÉDUCTION DE LA DURÉE DU TRAVAIL

1. Modulation et réduction de la durée annuelle du travail

En application de l'article L. 212-2-1 du code du travail, la durée du travail effectif peut faire l'objet au niveau de tout ou partie de l'entreprise, de l'établissement, de l'agence, du chantier ou de l'atelier d'une modulation sur l'année permettant d'adapter la durée du travail aux variations de la charge de travail.

Cette modulation est assortie, pour les salariés auxquels elle s'applique, d'une réduction de leur horaire annuel de travail effectif, celui-ci ne pouvant pas excéder 1 645 heures (équivalent à 47 semaines × 35 heures) pour un salarié à temps plein présent sur toute la période de 12 mois, non comprises les heures supplémentaires visées au 1^{er} alinéa du titre II du présent accord.

Lorsque la réduction de l'horaire effectif de travail est appliquée en réduisant le nombre de jours travaillés dans l'année par l'attribution de jours de repos pris par journée entière, les dates de prise de ces jours de repos sont réparties sur l'année en fonction des souhaits des salariés et des nécessités de fonctionnement de l'entreprise.

Les salariés auront le choix de la prise de 5 de ces jours, soit l'équivalent d'une 6^e semaine de congés, sans pouvoir les accoler aux congés payés légaux.

2. Période et horaire moyen de modulation

De façon à compenser les hausses et les baisses d'activité, l'horaire hebdomadaire de travail des salariés peut varier autour de l'horaire moyen hebdomadaire de 35 heures, dans le cadre d'une période de 12 mois consécutifs, de telle sorte que les heures effectuées au-delà et en deçà de cet horaire moyen se compensent arithmétiquement.

3. Mise en œuvre

La mise en œuvre de la modulation instituée par le présent accord national doit faire l'objet d'une négociation avec les délégués syndicaux en vue d'aboutir à un accord dans les entreprises ou établissements où existent des délégués syndicaux.

Lorsque, dans ces entreprises ou établissements, la négociation engagée en application de l'alinéa ci-dessus n'a pas abouti à la conclusion d'un accord, l'employeur peut procéder à la mise en place de la modulation dans les conditions définies par le présent accord national, après consultation du comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, des délégués du personnel, s'il en existe.

(1) Articles 1 à 5.

Dans les entreprises ou établissements qui n'ont pas de délégués syndicaux mais où existent un comité d'entreprise ou d'établissement ou des délégués du personnel, cette mise en œuvre est subordonnée à la consultation préalable du comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, des délégués du personnel.

Cette consultation a pour objet d'informer les représentants du personnel sur les raisons économiques et sociales motivant le recours à ce mode d'organisation du travail et de recueillir leur avis motivé sur le principe de sa mise en œuvre et ses modalités d'application.

Préalablement à cette consultation, l'employeur communique aux représentants du personnel les renseignements concernant :

- les raisons économiques et sociales justifiant le recours à la modulation ;
- le personnel concerné par la modulation ;
- la période de modulation et la programmation indicative ;
- la nouvelle organisation du travail et ses conséquences sur les conditions de travail ;
- les modalités de la prise des jours de repos dus au titre de la réduction du temps de travail ;
- une évaluation chiffrée des perspectives de l'emploi, notamment en matière d'embauche des jeunes.

Dans les entreprises ou établissements non dotés de représentants du personnel, la mise en œuvre de la modulation instituée par le présent accord national doit faire l'objet d'une information préalable des salariés concernés.

4. Programmation indicative

La modulation est établie après consultation du comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, des délégués du personnel, s'il en existe, selon une programmation indicative communiquée aux salariés concernés, avant le début de chaque période de modulation. Cette consultation des représentants du personnel a lieu au moins 15 jours avant le début de ladite période.

Cette programmation peut être révisée en cours de période sous réserve que les salariés concernés soient prévenus du changement d'horaire au minimum 5 jours calendaires à l'avance, sauf contraintes ou circonstances particulières affectant de manière non prévisible le fonctionnement de l'entreprise. Le comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, les délégués du personnel dans les entreprises ou établissements qui en sont dotés, seront informés de ce ou de ces changements d'horaire et des raisons qui l'ont ou les ont justifiés.

5. Limites de la modulation et répartition des horaires

Pour la mise en œuvre de la modulation dans le cadre du présent accord, sont applicables, sauf dérogation de l'inspecteur du travail, les limites ci-après :

- durée maximale journalière : 10 heures. Elle peut être augmentée de 2 heures, en fonction des nécessités, pour les activités spécifiques de maintenance-exploitation et de services sans que ce dépassement puisse excéder 15 semaines. Il n'existe pas de durée minimale journalière ;
- durée maximale du travail au cours d'une même semaine : 46 heures. Il n'existe pas de durée minimale hebdomadaire ;
- durée moyenne hebdomadaire du travail calculée sur une période quelconque de 12 semaines consécutives : 45 heures ;
- durée moyenne hebdomadaire du travail, calculée sur le semestre civil : 43 heures.

Pour l'application du présent accord national, le nombre de jours de travail par semaine civile peut, dans le cadre de la modulation des horaires, être inférieur à 5 et aller jusqu'à 6 lorsque les conditions d'exécution du travail liées à la modulation le nécessitent.

6. Qualification des heures effectuées pendant la période de modulation au-delà de la durée hebdomadaire légale

Ces heures modulées ne sont pas considérées comme des heures supplémentaires. Elles ne s'imputent pas sur le contingent d'heures supplémentaires visé au 1^{er} alinéa du titre II du présent accord. Elles ne donnent pas lieu aux majorations prévues à l'article L. 212-5 du code du travail ni au repos compensateur prévu à l'article L. 212-5-1 du code du travail.

7. Qualification des heures excédant la durée annuelle de travail effectif

S'il apparaît, à la fin de la période de modulation de 12 mois, que la durée annuelle de 1 645 heures de travail effectif a été dépassée, les heures excédentaires ouvrent droit à une majoration de salaire ou à un repos de remplacement calculés conformément à l'article L. 212-2-1, alinéa 3, du code du travail, dans les conditions fixées aux six premiers alinéas de l'article L. 212-5 du code du travail.

Ces heures excédentaires s'imputent sur le contingent annuel d'heures supplémentaires visé au 1^{er} alinéa du titre II du présent accord, sauf si leur paiement est remplacé par un repos équivalent.

8. Rémunération mensuelle

Les entreprises garantissent aux salariés concernés par la modulation instituée par le présent accord national un lissage de leur rémunération mensuelle sur toute la période de modulation indépendante de l'horaire réellement accompli. La rémunération mensuelle lissée sur la base de l'horaire moyen de 35 heures ne peut être inférieure au salaire brut mensuel de base correspondant à un horaire hebdomadaire de 39 heures ou à l'horaire hebdomadaire inférieur effectivement pratiqué.

Toute période d'absence sera déduite de la rémunération mensuelle lissée.

Si l'absence donne lieu à indemnisation par l'employeur, cette indemnisation sera calculée sur la base de la rémunération mensuelle lissée.

La rémunération des nouveaux embauchés ne peut être inférieure aux salaires minimaux conventionnels mensuels en vigueur à la date de l'embauche.

9. Prime de vacances

Le minimum de 1 675 heures travaillées au cours de l'année de référence pour le versement de la prime de vacances, conformément à l'article 5.25 des conventions collectives nationales du 8 octobre 1990 concernant les ouvriers employés par les entreprises du bâtiment, est abaissé à 1 503 heures.

10. Situation des salariés n'ayant pas accompli toute la période de modulation

Lorsqu'un salarié n'aura pas accompli la totalité de la période de modulation, du fait de son entrée ou de son départ de l'entreprise en cours de période de décompte de l'horaire, sa rémunération sera régularisée sur la base de son temps réel de travail au cours de sa période de travail, par rapport à l'horaire moyen hebdomadaire de référence.

Toutefois, si le contrat de travail est rompu pour un motif autre que la faute grave, la faute lourde ou la démission, le salarié conservera le supplément de rémunération qu'il a perçu par rapport à son temps de travail réel.

Le calcul de l'indemnité de licenciement et de l'indemnité de départ en retraite se fait sur la base de la rémunération lissée.

11. Tenue des comptes de modulation et régularisation en fin de période de modulation

Pendant la période de modulation, l'employeur tient à disposition des salariés concernés toutes informations se rapportant à l'évolution de leur compte individuel de modulation. Un document joint à leur bulletin de salaire rappelle le total des heures de travail effectif réalisées depuis le début de la modulation au regard de la rémunération mensuelle régulée.

Sauf en cas de départ du salarié obligeant à une régularisation immédiate, le compte de modulation de chaque salarié est obligatoirement arrêté à l'issue de la période de modulation.

12. Chômage partiel

L'appréciation des heures de chômage partiel se fait en cours de modulation par rapport à l'horaire modulé résultant de la programmation.

13. Dispositions annulées

Sont annulées les dispositions suivantes :

- convention collective des ouvriers du bâtiment, article III.26 ;
- convention collective des ETAM du bâtiment, article 30.e ;
- convention collective des ouvriers des travaux publics, article 3.24 ;
- convention collective des ETAM des travaux publics, article 30.L ;
- accords du 25 février 1982 du bâtiment et des travaux publics, article 21.

Ces dispositions sont remplacées par les dispositions correspondantes prévues ci-dessus par le présent accord.

TITRE II

CONTINGENT ANNUEL D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES SANS AUTORISATION DE L'INSPECTEUR DU TRAVAIL

Le contingent annuel d'heures supplémentaires prévu par l'article L. 212-6 du code du travail est fixé à 145 heures par an et par salarié.

Il est augmenté de 35 heures par an et par salarié pour les salariés dont l'horaire n'est pas annualisé. L'utilisation de cette faculté de majoration du contingent d'heures supplémentaires est subordonnée à la mise en œuvre de la procédure prévue au paragraphe 3 du titre I^{er} du présent accord.

Les heures supplémentaires sont les heures de travail accomplies à la demande de l'employeur au-delà de la durée légale du travail.

Les heures supplémentaires sont payées sous la forme d'un complément de salaire, assorti des majorations légales, s'ajoutant au salaire de base et correspondant au nombre d'heures supplémentaires accomplies au cours de chacune des semaines prises en compte dans la période de paie.

Les heures supplémentaires ouvrent également droit au repos compensateur conformément aux dispositions légales.

Sont annulées les dispositions suivantes :

- convention collective des ouvriers du bâtiment, article III.13 ;
- convention collective des ETAM du bâtiment, article 29.B ;
- convention collective des ouvriers des travaux publics, article 3.5 ;
- convention collective des ETAM des travaux publics, article 29.D ;
- accords du 25 février 1982 du bâtiment et des travaux publics, article 10.

Ces dispositions sont remplacées par les dispositions correspondantes prévues ci-dessus par le présent accord.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ENCADREMENT

Considérant la place et les responsabilités particulières que l'encadrement assume dans la bonne marche des entreprises ;

Considérant son rôle essentiel dans l'organisation du temps de travail en fonction des dispositions législatives et conventionnelles ;

Considérant qu'aujourd'hui, pour de nombreux salariés du BTP (comme des autres branches professionnelles), le temps de travail ne peut plus être enfermé dans des horaires continus et contrôlés par l'employeur ;

Considérant les possibilités offertes par les moyens bureautiques modernes, qui font évoluer l'exercice traditionnel de l'activité professionnelle ;

Considérant que cette évolution rencontre les aspirations des salariés qui souhaitent travailler selon un rythme qui leur soit propre, lorsque cela est compatible avec les contraintes de l'entreprise ;

Considérant que des mesures spécifiques à ces personnels doivent être mises en place selon la nature des fonctions et responsabilités qui leur sont confiées et que la référence à une mesure du temps exprimé en nombre de journées ou de demi-journées travaillées est plus adaptée en ce qui les concerne que le calcul en heures,

les signataires, souhaitant tout à la fois favoriser l'émergence de nouvelles formes de liens contractuels entre l'entreprise et l'encadrement et faire bénéficier celui-ci d'une réduction réelle de son temps de travail, conviennent des mesures ci-après.

1. Les personnels d'encadrement assumant une fonction de management élargi, libres et indépendants dans l'organisation et la gestion de leur temps pour remplir la mission qui leur a été confiée, ne sauraient se voir appliquer de manière rigide la réglementation relative à la durée du travail (hormis celle relative au repos hebdomadaire légal, aux congés payés et au 1^{er} Mai).

Le contrat de travail ou son avenant contenant la convention de forfait spécifique instituée par le présent accord, qui doit recueillir l'accord exprès du salarié, définit la fonction qui justifie l'autonomie dont dispose le salarié pour l'exécution de cette fonction.

Le salarié n'est pas soumis à un horaire de travail précis.

La rémunération forfaitaire est indépendante du nombre d'heures de travail effectif accomplies pendant la période de paie considérée. Cette rémunération forfaitaire mensuelle est identique d'un mois sur l'autre.

Cette formule de forfait ne peut être convenue qu'avec des IAC classés au moins en position B, 2^e échelon, catégorie 1, en application de la convention collective du 30 avril 1951 et dont l'activité telle que précisée dans le contrat de travail permet de leur reconnaître une indépendance dans la gestion et dans la répartition de leur temps de travail.

Le contrat de travail prévoit la ou les contreparties dont bénéficie le salarié pour ce mode d'organisation de travail sans référence horaire (jours de repos spécifiques s'ajoutant aux congés légaux et conventionnels, ouverture d'un compte épargne-temps ou tout autre avantage défini lors d'un examen de leur situation avec leur employeur).

Les personnels d'encadrement de cette première catégorie auront la possibilité de demander à leur employeur de passer dans l'une des deux autres catégories mentionnées ci-après.

2. Sur proposition de leur employeur, les salariés IAC ou ETAM ayant des responsabilités particulières d'encadrement, de maintenance, de gestion ou d'expertise technique, peuvent, à compter de l'entrée en vigueur du présent accord, bénéficier d'un salaire exprimé forfaitairement avec une référence à un nombre annuel de jours de travail.

Sont concernés par cette disposition les salariés relevant de la convention collective du 30 avril 1951 concernant les IAC du BTP ou les salariés ETAM classés au moins en position VI en application de la convention collective nationale des ETAM des travaux publics du 21 juillet 1965 ou de la convention collective nationale des ETAM du bâtiment du 29 mai 1958.

Le contrat de travail doit laisser aux salariés concernés la liberté dans l'organisation d'une partie de leur temps de travail. Sous cette réserve, l'employeur et le salarié répartissent d'un commun accord les jours de travail sur l'année.

Le personnel d'encadrement relevant de cette catégorie bénéficie de l'attribution forfaitaire de 9 semaines ou 45 jours de congés et jours de repos (soit 5 semaines de congés payés et 4 semaines de repos) incluant les jours d'ancienneté et les jours fériés à l'exception du 1^{er} Mai.

Le contrat de travail des salariés concernés prévoit :

- une rémunération forfaitaire qui ne saurait être inférieure au salaire brut mensuel de base qu'ils percevaient antérieurement ;
- la possibilité d'utiliser un compte épargne-temps ;
- ou tout autre avantage convenu avec l'employeur.

L'accord du salarié est requis pour la modification de son contrat de travail ; à défaut, il relève de la catégorie ci-après.

3. Les IAC et les ETAM qui ne relèveront pas des dispositions des points 1 ou 2 ci-dessus conservent le bénéfice des dispositions des conventions collectives nationales des IAC des travaux publics du 31 août 1955 et des IAC du bâtiment du 23 juillet 1956 ainsi que les ETAM des travaux publics du 21 juillet 1965 et des ETAM du bâtiment du 29 mai 1958, complétées par les dispositions du présent accord.

TITRE IV

COMPTE ÉPARGNE-TEMPS

Le compte épargne-temps a pour objet, conformément à l'article L. 227-1 du code du travail, de permettre au salarié qui le désire d'accumuler des droits à congé rémunéré.

Les dispositions suivantes sont applicables aux entreprises du bâtiment et des travaux publics sous réserve de l'adaptation des règles spécifiques au régime des congés payés dans le BTP.

1. Mise en œuvre

La mise en œuvre à l'initiative de l'employeur d'un régime de compte épargne-temps dans une entreprise ou un établissement, pour les salariés qui le désirent, doit faire l'objet d'une négociation dans les entreprises ou établissements où existent des délégués syndicaux.

Lorsque dans ces entreprises ou établissements la négociation engagée en application de l'alinéa ci-dessus n'a pas abouti à la conclusion d'un accord, l'employeur peut procéder à la mise en place d'un compte épargne-temps, après consultation du comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, des délégués du personnel, s'il en existe.

Dans les entreprises ou établissements qui n'ont pas de délégués syndicaux mais où existent un comité d'entreprise ou d'établissement ou des délégués du personnel, cette mise en œuvre est subordonnée à la consultation préalable du comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, des délégués du personnel.

Dans les entreprises ou établissements non dotés de représentants du personnel, cette mise en œuvre doit faire l'objet d'une information préalable des salariés concernés.

2. Ouverture et tenue du compte

Dans les entreprises ayant institué un compte épargne-temps dans les conditions visées ci-dessus, une information écrite est remise par la direction à chaque salarié sur les modalités de fonctionnement du compte épargne-temps. L'ouverture d'un compte et son alimentation sont à l'initiative exclusive du salarié.

Tout salarié ayant au moins 3 mois d'ancienneté dans l'entreprise, dès lors qu'il est sous contrat de travail à durée indéterminée, peut ouvrir un compte épargne-temps.

Ce compte est ouvert sur simple demande individuelle écrite mentionnant précisément quels sont les droits que le salarié entend affecter au compte épargne-temps.

Le choix des éléments à affecter au compte épargne-temps est fixé par le salarié pour l'année civile. Au terme de cette période, la direction de l'entreprise doit demander au salarié s'il souhaite modifier ce choix pour l'année suivante. Si tel est le cas, le salarié doit le notifier à l'employeur.

Le compte individuel est tenu par l'employeur et est remis sous forme d'un document individuel écrit chaque année au salarié.

Les droits acquis dans le cadre du compte sont couverts par l'assurance de garantie des salaires dans les conditions de l'article L. 143-11-1 du code du travail. En outre, l'employeur devra s'assurer contre le risque d'insolvabilité de l'entreprise, pour les sommes excédant celles couvertes par l'assurance de garantie des salaires. Une information écrite devra être apportée au salarié sur l'assurance souscrite.

3. Alimentation du compte

Chaque salarié peut affecter à son compte la totalité ou seulement certains des éléments mentionnés ci-après.

a) Report du droit à repos

- report des congés payés dans la limite de 10 jours ouvrables par an, dès lors qu'ils ne sont pas affectés à une fermeture de l'entreprise pour congés payés.

Lorsqu'il envisage de prendre un congé sabbatique ou pour création d'entreprise, le salarié peut, en plus des 10 jours ci-dessus et pendant 6 ans au maximum, reporter tout ou partie des congés dus dans les conditions légales ;

- jours de repos attribués au titre de la réduction de la durée du travail ;
- repos compensateurs légaux visés par les articles L. 212-5 et L. 212-5-1 du code du travail ;
- repos compensateurs conventionnels ;
- autres repos dont l'affectation à un compte épargne-temps serait prévue par accord d'entreprise ou d'établissement.

b) Conversion en temps de repos de tout ou partie des éléments suivants

- compléments du salaire de base quelles qu'en soient la nature et la périodicité ;
- primes d'intéressement ;
- autres primes ou indemnités dont l'affectation à un compte épargne-temps serait prévue par accord d'entreprise ou d'établissement.

Ces droits sont convertis, dès le mois au cours duquel ils sont dus, en temps équivalent de repos sur la base du salaire horaire en vigueur à la date de leur affectation au compte épargne-temps.

4. Utilisation du compte épargne-temps

Le compte épargne-temps ne peut être utilisé que pour indemniser les congés désignés ci-après :

a) Congés légaux

- congé parental d'éducation prévu par les articles L. 122-28-1 et suivants du code du travail ;
- congé sabbatique prévu par les articles L. 122-32-17 et suivants du code du travail ;

- congé pour création ou reprise d'entreprise prévu par les articles L. 122-32-12, L. 122-32-13 et L. 122-32-28 du code du travail.

Ces congés sont pris dans les conditions et selon les modalités prévues par la loi.

b) Congés pour convenance personnelle

Les droits affectés au compte épargne-temps peuvent être utilisés en cours de carrière pour indemniser en tout ou partie des congés pour convenance personnelle d'au moins 2 mois.

Le salarié doit déposer une demande écrite de congés 3 mois avant la date de départ envisagée. L'employeur est tenu de répondre par écrit, dans le délai de 1 mois suivant la réception de la demande :

- soit qu'il accepte la demande ;
- soit qu'il la reporte par décision motivée. Dans ce cas, 2 mois après le refus de l'employeur, le salarié peut présenter une nouvelle demande dans les conditions précitées qui ne peut alors être refusée.

c) Congés de fin de carrière

Les droits affectés au compte épargne-temps et non utilisés en cours de carrière permettent au salarié d'anticiper son départ à la retraite, ou bien, le cas échéant, de réduire sa durée du travail au cours d'une préretraite progressive.

5. Situation du salarié pendant le congé

a) Indemnisation du salarié

Le salarié bénéficie pendant son congé d'une indemnisation calculée sur la base de son salaire réel au moment du départ, dans la limite du nombre d'heures de repos capitalisées.

L'indemnité sera versée aux mêmes échéances que les salaires dans l'entreprise.

b) Statut du salarié en congé

L'absence du salarié pendant la durée indemnisée du congé est assimilée à un temps de travail effectif pour le calcul de l'ensemble des droits légaux et conventionnels liés à l'ancienneté.

c) Fin du congé

Sauf lorsque le congé indemnisé au titre du compte épargne-temps précède un départ à la retraite ou de façon plus générale un départ volontaire du salarié, celui-ci à l'issue de son congé reprend son précédent emploi ou un emploi équivalent assorti de responsabilité et rémunération au moins équivalentes.

6. Cessation et transmission du compte

Si le contrat de travail est rompu avant l'utilisation du compte, le salarié perçoit une indemnité correspondant aux droits acquis après déduction des charges salariales et patronales acquittées par l'employeur.

Cette indemnité est égale au produit du nombre d'heures inscrites au compte par le salaire réel en vigueur à la date de la rupture. Elle est soumise au régime social et fiscal des salaires. L'indemnité compensatrice d'épargne-temps est versée dans tous les cas, y compris en cas de faute grave ou lourde.

La valeur du compte peut être transférée de l'ancien au nouvel employeur par accord écrit des trois parties. Après le transfert, la gestion du compte s'effectuera conformément aux règles prévues par l'accord collectif applicable dans la nouvelle entreprise.

En l'absence de rupture du contrat de travail et sous réserve de prévenir l'employeur dans un délai de 6 mois, le salarié peut renoncer à l'utilisation de son compte.

Il lui est alors versé une indemnité calculée conformément aux dispositions ci-dessus, correspondant aux heures de repos capitalisées, mais déduction faite des heures éventuellement acquises au titre du report des droits à repos visés au paragraphe 3 *a* ci-dessus.

Les heures reportées au titre de ces droits à repos seront reprises sous forme de congé indemnisé à une ou des dates fixées en accord avec l'employeur.

TITRE V

DURÉE ET DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ACCORD

Dépôt

Le présent accord national sera déposé en application de l'article L. 132-10 du code du travail.

Extension

Les parties signataires demanderont l'extension du présent accord, conformément aux dispositions des articles L. 133-1 et suivants du code du travail.

Date d'effet

Le présent accord entrera en vigueur, étant subordonné à l'extension ministérielle, à compter de la date de publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Les dispositions du présent accord se substituent à toutes les dispositions correspondantes des conventions collectives nationales du bâtiment et des travaux publics qui leur seraient contraires.

Des accords d'entreprise ou d'établissement conclus avec des délégués syndicaux ou en application de l'article 3 de la loi du 13 juin 1998 peuvent prévoir des dispositions différentes de celles du présent accord spécifiques à leur situation particulière.

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Toutefois, en cas de remise en cause de l'équilibre du présent accord par des dispositions législatives ou réglementaires postérieures à sa signature, les signataires se réuniront immédiatement en vue de tirer toutes les conséquences de la situation ainsi créée.

Bilan

Les parties signataires du présent accord national procéderont tous les ans à compter de la date de son entrée en vigueur à un bilan complet de son application et se réuniront à cette occasion dans le cadre d'un observatoire national mis en place à cet effet et composé de deux représentants pour chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'un nombre égal de représentants employeurs, pour en tirer les conclusions et procéder éventuellement aux adaptations nécessaires.

Fait à Paris, le 6 novembre 1998.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FFB ;
FNTP ;
FNEE ;
FNSCOP.

Syndicats de salariés :

CFTC ;
CFE-CGC ;
CGT-FO.

ANNEXE VII

PRESTATIONS APPLICABLES AU 1^{ER} JANVIER 2004

Les prestations applicables au 1^{er} janvier 2004 sont rappelées ci-après à titre d'indication. Seules les dispositions détaillées du règlement de l'institution de prévoyance du bâtiment et des travaux publics font référence.

S représente le salaire brut dans la limite de 4 plafonds de la sécurité sociale. Selon les garanties, il s'agit soit du salaire annuel brut de l'exercice précédent, soit du salaire brut des 12 mois précédant l'accident ou la maladie.

Capital décès aux ayants droit

Décès toutes causes

Cadre célibataire, veuf ou divorcé	200 % S
Cadre marié	250 % S
Majoration par enfant à charge	40 % S
Majoration par enfant à partir du 3 ^e enfant	60 % S

Décès accidentel

Prestation supplémentaire	100 % S
---------------------------------	---------

Décès accident du travail ou maladie professionnelle

Prestation supplémentaire	300 % S
---------------------------------	---------

Décès simultané ou postérieur du conjoint d'un cadre décédé (sous conditions détaillées dans le règlement de BTP-Prévoyance)

Prestation supplémentaire	Doublément du capital « décès toutes causes »
---------------------------------	--

Rente éducation

Par enfant à charge.....	7 % TA + 9 % TB
Si orphelin de père et de mère.....	Doublément de la rente

Rente invalidité (y compris rente sécurité sociale)

Hors accident du travail et maladie professionnelle

Catégorie 1	60 % de l'indemnisation catégorie 2
Catégorie 2	Base : 65 % de S. Majoration / enfant à charge : 10 % de l'indemnité complétant celle de la sécurité sociale.
Catégorie 3	100 % de S

Accident du travail et maladie professionnelle

Taux invalidité sécurité sociale < 66 % : $1,5 \times T \times$ indemnisation de la catégorie 2.

Taux invalidité sécurité sociale \geq 66 % : 100 % de S.

**Indemnités journalières > 90 jours
(y compris indemnités de la sécurité sociale)**

Hors accident du travail et maladie professionnelle

Base : 65 % de S.

Majoration / enfant à charge : 10 % de l'indemnité complétant celle de la sécurité sociale.

Accident du travail et maladie professionnelle

100 % de S.

Chirurgie

Remboursement complémentaire à la sécurité sociale dans la limite de 100 % des frais réels engagés.

Naissance d'un enfant

Allocation équivalente à 3,2 % du plafond sécurité sociale.

Brochure n° 3308

Convention collective nationale

IDCC : 2270. – UNIVERSITÉS ET INSTITUTS CATHOLIQUES

ACCORD DU 13 NOVEMBRE 2015
RELATIF À LA DÉSIGNATION D'UN OPCA

NOR : ASET1650126M

IDCC : 2270

PRÉAMBULE

Les parties au présent accord prennent acte :

- de la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation tout au long de la vie ;
- de la modification, par le décret du 22 septembre 2010 pris en application de la loi du 24 novembre 2009, du seuil de collecte nécessaire pour qu'un organisme collecteur paritaire agréé puisse obtenir l'agrément des pouvoirs publics ;
- de la disparition depuis le 31 décembre 2011 de l'OPCA-EFP, du fait du relèvement du seuil de collecte ;
- du projet de loi sur la sécurisation de l'emploi adopté le 9 avril 2013 ;
- de l'accord relatif à la désignation d'un OPCA du 18 novembre 2011, accord arrivant à échéance courant juin 2013 et prorogé jusqu'au 31 décembre 2014 ;
- de la loi relative à la formation professionnelle, à l'emploi et la démocratie sociale du 5 mars 2014 ;
- du décret n° 2014-1240 du 24 octobre 2014 relatif aux organismes collecteurs paritaires agréés mentionnés aux articles L. 6338-1, L. 6333-1 et L. 6333-2 du code du travail.

Il est rappelé qu'en application des dispositions législatives et réglementaires susvisées, les parties ont, le 18 novembre 2011, désigné un OPCA et ont adhéré à la section paritaire professionnelle (SPP) de l'enseignement privé.

Les parties à cet accord renouvellent la désignation de l'OPCALIA comme organisme collecteur. Il est rappelé que cette désignation doit permettre :

- le développement de la politique de formation définie et déjà menée par la branche de l'union des établissements d'enseignement supérieur catholique et déterminée par ses instances paritaires compétentes ;
- le financement optimal de cette politique et l'accès à des ressources complémentaires ;
- l'association effective du secteur dans les projets globaux ou intersectoriels menés par l'OPCALIA.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord se substitue à l'accord relatif à la désignation d'un OPCA signé en date du 18 novembre 2011, du 14 juin 2013 et du 24 octobre 2014 pour la branche de l'union des établissements d'enseignement supérieur catholique.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord concerne :

- les universités ou instituts catholiques, établissements privés d'enseignement supérieur, situés sur le territoire national, y compris les départements d'outre-mer, soit principalement les universités ou instituts catholiques de l'Ouest, Lille, Lyon, Paris, Toulouse, relevant notamment des codes APE 8542Z et 8559A et B ;
- les personnels salariés de ces établissements.

Article 3

Désignation de l'OPCA

Les parties signataires souhaitent maintenir la désignation de l'OPCALIA comme OPCA de la branche de l'union des établissements d'enseignement supérieur catholique.

Article 4

Modalité de dépôt et d'extension

Le présent accord sera déposé auprès de l'administration par la partie la plus diligente, qui mettra en œuvre les procédures nécessaires à son extension.

Article 5

Révision et durée

Le présent accord peut être révisé dans les conditions légales relatives à la révision des accords de branche.

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée et ce jusqu'au 31 décembre 2016.

Fait à Paris, le 13 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

AEUIC.

Syndicats de salariés :

FEP CFDT ;

SNEC CFTC ;

SNEIP CGT ;

SYNEP CFE-CGC.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE,
DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT

CONVENTIONS COLLECTIVES

SOMMAIRE DU FASCICULE N° 2016/06

CONVENTIONS, AVENANTS ET ACCORDS

	<u>Pages</u>
Assurance complémentaire frais de santé et régime de prévoyance (Bouches-du-Rhône [salariés non cadres]) : accord du 4 décembre 2015	255
Assurance complémentaire frais de santé des entreprises de travaux agricoles et ruraux (Nord - Pas-de-Calais [salariés non cadres]) : avenant n° 3 du 14 octobre 2015	275
Crédit agricole : avenant du 28 octobre 2015 à l'accord du 13 janvier 2000 relatif au temps de travail.....	287
Entreprises et exploitations de polyculture, d'élevage, d'aviculture, des CUMA (Seine-et-Marne) et des entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers (Ile-de-France) : avenant n° 7 du 26 octobre 2015.....	289
Exploitations agricoles et CUMA (Picardie), exploitations de cultures spécialisées (Aisne), entreprises des territoires (Picardie) et propriétaires forestiers (Aisne) : avenant n° 3 du 16 octobre 2015	296
Exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de pomiculture, de viticulture, de maraîchage, de champignonnières, d'horticulture et de pépinières, de sylviculture (à l'exception de l'abattage), des CUMA et des entreprises de travaux agricoles et ruraux (Puy-de-Dôme) : avenant n° 4 du 27 octobre 2015.....	308
Exploitations d'arboriculture, de maraîchage, d'horticulture, de pépinières et de cressiculture (Ile-de-France) : avenant n° 8 du 19 novembre 2015	323
Exploitations viticoles (Champagne délimitée) : avenant n° 200 du 8 décembre 2015	330
Protection sociale complémentaire santé en agriculture (Landes [salariés non cadres]) : avenant n° 4 du 20 novembre 2015	343

Accord départemental
ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE
DES SALARIÉS NON CADRES
(Bouches-du-Rhône)

ACCORD DU 4 DÉCEMBRE 2015

NOR : AGRS1697044M

Entre :

La FDSEA des Bouches-du-Rhône ;

La FDCUMA des Bouches-du-Rhône,

D'une part, et

Le SGA CFDT des Bouches-du-Rhône ;

La FGTA FO ;

La CFTC-Agri ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime d'assurance complémentaire santé et prévoyance individuel et obligatoire au bénéfice des salariés relevant de son champ d'application.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés des entreprises et exploitations agricoles et des coopératives d'utilisation du matériel agricole des Bouches-du-Rhône de bénéficier d'une couverture santé et prévoyance offrant un niveau de garantie supérieur aux garanties minimum obligatoires de l'accord national du 10 juin 2008 révisé par l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 (« socle national minimum obligatoire ») ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche professionnelle ;
- conserver la maîtrise du régime de protection sociale au niveau départemental.

Article 1^{er}

Champs d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non affiliés à l'AGIRC des exploitations agricoles, relevant des activités de la production agricole, et des salariés des coopératives d'utilisation du matériel agricole du département des Bouches-du-Rhône.

Champ d'application professionnel

Sont concernés tous les salariés non affiliés à l'AGIRC, y compris les apprentis de nationalité française ou étrangère :

- des exploitations agricoles de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, à l'exception des activités d'accoupage, d'aquaculture, de conchyliculture ;
- des établissements de toute nature, dirigés par l'exploitant agricole, 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 des structures d'accueil touristique, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration ;
- des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA).

Champ d'application territorial

Sont concernés tous les salariés non affiliés à l'AGIRC et apprentis des entreprises dont le siège social est situé sur le département des Bouches-du-Rhône. Sont également concernés les salariés et apprentis d'établissements autonomes situés dans le département.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2016 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, il s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2016 aux salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Dans le cas où cet accord serait étendu postérieurement au 1^{er} janvier 2016, les entreprises non adhérentes aux organisations signataires pourront également appliquer le présent accord de manière volontaire pour leurs salariés dès le 1^{er} janvier 2016. En tout état de cause, il s'appliquera à ces entreprises à compter du premier jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* s'il est publié après le 1^{er} janvier 2016.

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

Dès son entrée en vigueur ou son application à titre volontaire, et en tout de cause au 1^{er} janvier 2016 pour les salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires, il s'appliquera en lieu et place des dispositions de l'accord départemental du 6 octobre 2009 instituant une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non cadres des Bouches-du-Rhône et de l'accord départemental du 6 octobre 2009 pour un régime de prévoyance des salariés non cadres des exploitations agricoles des Bouches-du-Rhône, dénoncés par la fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Bouches-du-Rhône et la fédération départementale des coopératives d'utilisation du matériel agricole des Bouches-du-Rhône, et dont l'application devait cesser au plus tard le 20 mars 2016.

Article 3

Dispositif frais de santé

Article 3.1

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord relevant du dispositif frais de santé s'appliquent à tous les salariés relevant du présent accord ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole entrant dans le champ d'application dudit accord.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

Sont exclus du dispositif frais de santé :

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

Article 3.2

Définition des ayants droit

Dans l'hypothèse où le système de garanties collectives frais de santé applicable à l'exploitation ou à l'entreprise agricole met en place une couverture facultative ou obligatoire au bénéfice des ayants droit du salarié bénéficiaire du dispositif frais de santé, les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps et non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins doivent n'être ni l'un ni l'autre par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire de Pacs ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire de pacs ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 3.3

Cas de dispense d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 3 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

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, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

1. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission à condition de le justifier par écrit et de produire tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ; c'est l'organisme assureur qui vérifie la conformité de la demande de dispense ; en cas de recours du salarié, c'est la commission paritaire de suivi définie à l'article 6 qui tranche le litige ;

2. Les salariés ou apprentis à temps partiel dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ; c'est l'organisme assureur qui vérifie la conformité de la demande de dispense ; en cas de recours du salarié, c'est la commission paritaire de suivi définie à l'article 6 qui tranche le litige ;

3. Les 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 ;

4. Les 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 l'échéance du contrat individuel ;

5. Les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après à condition de le justifier chaque année :

- dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif obligatoire (la dispense d'adhésion ne peut donc 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 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 les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

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.

Le salarié devra, pour continuer à bénéficier de la dispense, produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non fourniture de ces justificatifs à la date anniversaire de la dispense initiale, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé objet du présent accord le premier jour du mois civil suivant cette date anniversaire.

Articles 3.4

Garanties

Le présent régime couvre le salarié seul.

Il a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

Il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » définis par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise prévues par les II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau en annexe I du présent accord.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Article 3.5

Contrat « solidaire » et « responsable »

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits « solidaires » et « responsables », notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015, NOR : AFSS1502895C.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 3.6

Portabilité « loi Evin »

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 effectivement déclenché les droits au 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, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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 applicables aux salariés actifs.

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

Article 3.7

Financement du dispositif

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties prévues par le présent accord frais de santé 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.

Si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles, il devra effectuer les démarches nécessaires directement auprès de l'assureur et 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 :

- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du présent accord,

ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre.

Article 4

Dispositif prévoyance

Article 4.1

Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord au titre des garanties prévoyance s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) ayant au

moins 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif de prévoyance :

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

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

Article 4.2

Définition des ayants droit

Pour l'application des dispositions du présent dispositif prévoyance, il faut entendre par ayants droit :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps et non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins doivent n'être ni l'un ni l'autre par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire de Pacs ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire de pacs ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation aux adultes handicapés [AAH] (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 4.3

Assiette de calcul des cotisations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des salariés, entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale, telles que définies par l'ar-

ticle L. 242-1 du code de la sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dans la limite de 4 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B).

Article 4.4

Assiette de calcul des prestations

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des salariés entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale telles que définies par l'article L. 424-1 du code de la sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dans la limite de 4 fois le montant du plafond de la sécurité sociale (tranches A et B), déclarées soit au cours des 12 mois précédant l'événement, soit en se rapportant à la période de référence retenue par la sécurité sociale pour déterminer le salaire journalier ou mensuel de référence servant au calcul de ses prestations.

Lorsque la période de référence des 12 derniers mois précédant l'événement n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué *pro rata temporis*.

Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point ARRCO (association des régimes de retraites complémentaires) intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité – temporaire ou permanente – professionnelle), l'invalidité ou le décès.

Si une période d'incapacité temporaire, professionnelle ou non, a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum compte tenu de l'évolution du point ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité.

Article 4.5

Niveau des garanties du dispositif prévoyance

Les organisations signataires précisent que cet accord a pour objectif de mettre en place un régime de prévoyance garantissant à tous les bénéficiaires les prestations définies ci-dessous.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau en annexe II du présent accord.

Article 4.5.1

Garanties en cas de décès

En cas de décès du salarié quelle qu'en soit l'origine, il est versé un capital dont le montant est égal à 100 % du salaire annuel de référence au(x) bénéficiaire(s) qu'il a désigné(s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaire, à ses ayants droit ou à défaut ses héritiers conformément à la législation et à la réglementation applicables.

Par ailleurs, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) ⁽¹⁾, le salarié peut percevoir à sa demande, par anticipation, le capital prévu ci-dessus. En tout état de cause, ce versement anticipé met fin à la garantie en cas de décès.

Le capital décès sera majoré de 25 % du salaire annuel de référence par enfant à charge.

Les frais d'obsèques seront remboursés dans la double limite des frais réels et de 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

(1) La PTIA, nommée aussi IAD (invalidité absolue et définitive), correspond à une invalidité de 3^e catégorie de la sécurité sociale ou à une incapacité permanente professionnelle consécutive à un AT/MP au taux de 66,66 %.

Article 4.5.2

Garanties en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT)

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues par la Mutualité sociale agricole, au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Elles sont égales à 17 % du salaire journalier de référence.

L'indemnisation de l'organisme assureur intervient en relais des obligations de mensualisation. Plus précisément, lorsque le salarié perçoit des prestations en espèces de la Mutualité sociale agricole, l'organisme assureur lui verse une indemnité journalière complémentaire, à compter de l'expiration de la totalité des durées d'indemnisation prévues en application des dispositions légales, ou conventionnelles si ces dernières sont plus favorables que les obligations légales, relatives à la mensualisation. La mensualisation légale est applicable au titre des dispositions des articles L. 1226-1 et D. 1226-1 à D. 1226-8 du code du travail.

Lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient alors que le salarié en arrêt de travail a déjà bénéficié, dans les 12 mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- à compter du premier jour d'absence ⁽¹⁾, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du quatrième jour d'arrêt de travail dans tous les autres cas.

Le salarié ayant 6 mois d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaire à la charge de l'employeur en application des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation bénéficie de l'indemnité journalière complémentaire :

- à compter du 61^e jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du 71^e jour d'absence dans tous les autres cas.

L'indemnité journalière complémentaire versée par l'organisme assureur est maintenue tant que les indemnités journalières sont servies par la Mutualité sociale agricole. Elle cesse en tout état de cause à la date du décès du salarié et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Article 4.5.3

Garanties en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP)

Cette garantie est conçue sous la forme d'une rente versée mensuellement, suite à la reconnaissance, par le régime de base de la Mutualité sociale agricole, de la stabilisation d'un état d'incapacité permanente. Elle est égale à 30 % du salaire mensuel de référence.

L'attribution de la rente est conditionnée au versement d'une rente AT/MP par la Mutualité sociale agricole pour une incapacité permanente d'origine professionnelle entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 30 %. L'attribution de la rente complémentaire cesse si le taux d'incapacité devient inférieur à 30 %.

Cette rente ne peut pas se cumuler avec les indemnités journalières perçues par le salarié avant la décision de la Mutualité sociale agricole au titre de l'incapacité temporaire éventuellement prévue.

(1) Le premier jour d'absence, en cas d'accident du travail, s'entend comme le jour suivant le jour de l'accident, le jour de l'accident du travail devant être intégralement rémunéré par l'employeur quelle que soit l'heure de l'accident.

La rente d'invalidité est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension de la Mutualité sociale agricole et est suspendue si la Mutualité sociale agricole suspend le versement de sa propre pension. Elle cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base, et au plus tard à la date à laquelle il peut bénéficier de la liquidation de sa pension de vieillesse à taux plein.

Article 4.5.4

Garanties en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie

Les salariés bénéficient d'une pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée) en complément de celle versée par la Mutualité sociale agricole (telle que définie aux articles L. 341-1 et suivants du code de la sécurité sociale) égale à 10 % du salaire mensuel de référence.

La rente est versée dès que la MSA commence le versement de la pension d'invalidité et est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'est versée ladite pension. La rente est suspendue si la MSA suspend le versement de sa propre pension.

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est le salaire annuel brut tranches A et B, soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'interruption de travail, revalorisé selon l'évolution de la valeur du point ARRCO, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité. Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire brut est reconstitué à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de la rémunération sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

Le versement de la prestation cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base.

Article 4.6

Règle de cumul des prestations prévoyance

En aucun cas les prestations versées en application du présent accord ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature servies par la Mutualité sociale agricole et par tout autre organisme assureur, à toute rémunération notamment en cas de reprise d'activité à temps partiel, ou prestation de l'assurance chômage, permettre au salarié de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Si tel est le cas, les prestations versées en application du présent accord seront déduites à concurrence du dépassement constaté.

Article 4.7

Exclusions des garanties prévoyance

Sont garantis en application du dispositif prévoyance du présent accord tous les risques de décès, y compris le suicide du salarié, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire du capital décès.

Les autres garanties du dispositif prévoyance (incapacité temporaire, incapacité permanente professionnelle, invalidité) ne voient s'appliquer aucune cause d'exclusion.

Article 4.8

Revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord, seront revalorisées annuellement au 1^{er} janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 5.4 du présent accord, par l'assureur auprès duquel l'exploitation ou l'entreprise agricole avait fait le choix de s'assurer, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès...)

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé en fonction de la valeur du point ARRCO.

Article 4.9

Reprise du passif des garanties prévoyance

Conformément à l'article 912-3 du code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur par l'employeur, les prestations en cours de service à la date de ce changement continueront à être revalorisées selon les modalités prévues à l'article 4.8 ci-avant.

Lors du changement d'organisme assureur, l'employeur devra organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

Article 4.10

Financement du dispositif prévoyance

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties collectives complémentaires prévoyance définies par le présent accord 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.

La garantie incapacité temporaire de travail (ITT) définie à l'article 4.5.2 du présent accord est financée exclusivement par les cotisations salariales, en raison du principe selon lequel les indemnités journalières complémentaires versées au salarié directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un organisme assureur demeurent – en application des articles L. 136-2, L. 242.1 et R. 242-1 du code de la sécurité sociale – soumises aux cotisations de la sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS au prorata du financement patronal ⁽¹⁾.

En tout état de cause, si des options sont mises en place obligatoirement au sein d'une entreprise ou d'une exploitation agricole, la répartition du financement de ces garanties entre l'employeur et le salarié est laissée à la discrétion des signataires de l'accord ou de l'employeur en cas de décision unilatérale de sa part.

Article 5

Dispositions communes aux dispositifs frais de santé et prévoyance

Article 5.1

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

(1) Conformément aux dispositions du n° 1.3 de la circulaire ACOSS, 2007-30 du 8 février 2007.

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 3.3 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 5.2

Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies à l'article 5.2.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé et prévoyance en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit, le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Article 5.2.1

Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé et prévoyance, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 5.2.2 et 5.2.3.

Article 5.2.2

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dis-

positions légales ne donnant pas lieu à maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, notamment pour un des congés ci-dessous :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à temps plein ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité internationale ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pour la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls et directement auprès de l'assureur de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Article 5.2.3

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement, le cas échéant – à la couverture frais de santé et prévoyance est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé(s) par l'employeur pour le mois durant lequel l'absence est intervenue.

Article 5.3

Portabilité

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé et prévoyance 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, dans les conditions suivantes :

Article 5.3.1

Durée et limites

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 de l'assurance 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 un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle, qu'il bénéficie ou non d'une couverture dans le cadre de ce nouvel emploi ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale, sauf en cas de cumul retraite/chômage ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif, est sans incidence sur la durée de maintien des garanties, qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires, en application du dispositif frais de santé et prévoyance prévu par le présent accord, aient été ouverts chez le dernier employeur.

Article 5.3.2

Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole. Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou facultatives, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives prévues par l'un des actes mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat de travail pour que la portabilité soit assurée pour cette couverture optionnelle.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités, au titre de l'arrêt de travail, d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au cours de la même période.

La portabilité s'applique dans les mêmes conditions le cas échéant aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail de l'intéressé (notamment dans le cadre des systèmes de garanties dans l'entreprise ou l'exploitation agricole plus favorables sur ce point, c'est-à-dire prévoyant l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

Article 5.3.3

Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article 5.3, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale la possibilité de maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties (notamment les justificatifs de versement des allocations chômage de chaque mois pour lequel les prestations sont dues).

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif, est sans incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

Article 5.3.4

Cotisations

La portabilité du présent article est financée par un système de mutualisation intégré aux cotisations ; ainsi, les anciens salariés en bénéficient sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

Article 5.4

Maintien des garanties

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi Evin du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées pendant son exécution.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article 7.1 de la loi Evin du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité, telle que définie par le présent accord.

Article 5.5

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou de non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé ou prévoyance auprès de l'assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 5.6

Information des assurés

Les parties signataires rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera remise par l'organisme assureur auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord.

Cette notice définit notamment lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Les salariés seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 6

Commission paritaire de suivi

Une commission paritaire de suivi, constituée des organisations professionnelles signataires, se réunira au moins une fois par an afin notamment d'examiner les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

Cette commission paritaire de suivi pourra ainsi faire des propositions aux partenaires sociaux de la commission mixte, celle-ci restant seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Article 7

Dépôt et publicité

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties selon les modalités définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

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

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

Fait à Aix-en-Provence, le 4 décembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Dispositif frais de santé

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL (régime de base + complémentaire)
Frais médicaux		
Honoraires et dépassements d'honoraires des généralistes ⁽¹⁾	70 %	200 % BR (CAS) 180 % BR (non CAS)
Honoraires et dépassements d'honoraires des spécialistes (y compris actes techniques) ⁽¹⁾	70 %	100 % BR
Radiologie et dépassements d'honoraires (radio, scanner, IRM...) ⁽¹⁾	70 %	100 % BR
Sages-femmes	70 %	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	–	non
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire
Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 %	100 % BR
Pharmacie		
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par le régime de base	–	40 € par an et par bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)		
Frais de séjour	80 % à 100 %	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80 % à 100 %	100 % BR
Dépassements d'honoraires	–	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS)
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	–	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	–	100 % FR
Chambre particulière		

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL (régime de base + complémentaire)
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	–	78 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Maternité	–	25 € par jour
Psychiatrie	–	25 € par jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	–	52 € par jour limité à 30 jours
Maternité ⁽³⁾	–	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	100 % BR
Dentaire		
Soins dentaires	70 %	100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	170 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	280 % BR + 300 € par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3]	–	Non
Parodontologie (refusée par le régime de base)	–	Non
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	210 % ou 250 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	–	Non
Optique		
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verres) ⁽⁴⁾		Tous les 2 ans
Monture seule	60 %	Forfait de 150 €
2 verres simples classe (a) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
2 verres complexes classe (b) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
2 verres très complexes classe (c) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	100 % BR + forfait de 300 €
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	–	Non

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL (régime de base + complémentaire)
Prothèse hors dentaire		
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	455 % BR + forfait de 200 € par an et par bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	100 % BR
Gros appareillage	100 %	100 % BR
Fourniture médicale et pansements	60 %	100 % BR
<p>BR : base de remboursement. TM : ticket modérateur. CAS : convention d'accès aux soins. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. FR : frais réels.</p> <p>(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une convention d'accès aux soins (CAS). (2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire. (1) Médecin signataire ou non-signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS). (3) Dans la limite des frais réellement engagés. (4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles. Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries. Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. Verre très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de 4,00 à + 4,00 dioptries. (5) Y compris forfait monture.</p>		

ANNEXE II

Dispositif prévoyance

FAIT GÉNÉRATEUR	PRESTATION(S)
Décès toute cause du salarié	Capital décès : 100 % du salaire annuel brut TA + TB Majoration du capital décès : 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge Frais d'obsèques : 100 % du PMSS dans la limite des frais réels
Incapacité temporaire de travail	17 % du salaire journalier TA + TB en relais des prestations brutes de la MSA
Incapacité permanente d'origine professionnelle (IPP) si taux d'IPP \leq 30 %	30 % du salaire mensuel brut TA + TB en complément des prestations brutes de la MSA
Garantie invalidité catégories 2 et 3	10 % du salaire mensuel brut TA + TB en complément des prestations brutes de la MSA

La tranche A (TA) est égale à la rémunération brute soumise à cotisations limitée au plafond de la sécurité sociale. Ce plafond est de 3 170 € pour 2015. Il est revalorisé chaque année.

La tranche B (TB) est égale au salaire brut soumis à cotisations, déduction faite de la tranche A et limité à 3 fois le plafond de la sécurité sociale.

Accord professionnel
ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS NON CADRES DES ENTREPRISES
DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(Nord - Pas-de-Calais)
(2 juillet 2009)

(Etendu par arrêté du 13 janvier 2010,
Journal officiel du 23 janvier 2010)

AVENANT N° 3 DU 14 OCTOBRE 2015

NOR : AGRS1697041M

Entre :

Les entrepreneurs des territoires du Nord - Pas-de-Calais,

D'une part, et

Le syndicat CFDT ;

La fédération CFTC-Agri ;

L'union régionale du syndicat FO Nord - Pas-de-Calais,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la fin des clauses de désignation et de migrations suite à la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et de 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 volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité et comprenant notamment à cette fin des prestations à caractère non directement contributif ;
- de l'obligation de se conformer aux nouvelles dispositions réglementaires édictées afin de respecter la couverture minimale de garantie 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 l'obligation de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions de l'article L. 871-1

du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 sur le contenu des contrats complémentaire santé « responsables » bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015,

et afin de prendre en compte les nouvelles dispositions issues de l'avenant n° 4 à l'accord national du 10 juin 2008, les modifications qui suivent sont apportées au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord départemental du 2 juillet 2009.

Article 1^{er}

Le texte du 1^{er} alinéa de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » de l'accord du 2 juillet 2009 est remplacé par le texte suivant :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à l'ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention ;
- ayant 3 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté. »

Article 2

Le texte du 4^e alinéa de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Dispense d'affiliation des salariés

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

- les 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 le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les 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, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les 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 ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à l'un de ceux visés ci-après (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :
 - 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’Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d’assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- 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).

En cas d’augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l’augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l’assurance complémentaire santé.

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 brute.

Cas particulier. – Salarié à employeurs multiples

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 assureur mettant en œuvre la couverture complémentaire santé. Il s’agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d’ancienneté requise pour bénéficier des garanties du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et les salariés concernés.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture complémentaire santé ne pourra être considéré comme respecté qu’à la condition que le salarié se dispense d’adhérer, conformément aux modalités décrites ci-avant, 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.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l’être en tant qu’ayant droit.

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

Après l’entrée en vigueur de l’avenant, 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 de 3 mois 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.

Dispense d’affiliation des ayants droit

Pour les bénéficiaires du “régime familial”, l’affiliation des ayants droit est obligatoire sauf si l’ayant droit, à condition de le justifier chaque année, bénéficie pour les mêmes risques d’une cou-

verture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire cités ci-avant (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié).

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.

Définition des ayants droit

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs ;

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du salarié au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur. »

Article 3

Les modifications suivantes sont apportées au paragraphe 1 « Taux de cotisations et répartition » de l'article 8 « Cotisations » :

- « Le taux global des cotisations destinées au financement des prestations est réparti comme suit :
 - 50 % à la charge de l'employeur, sur la cotisation "salarié seul" ;
 - 22 % à la charge de l'employeur, sur la cotisation "salarié et sa famille".

La participation de l'employeur sur la cotisation "salarié et sa famille" doit être supérieure à 50 % de la cotisation "salarié seul". »

Article 4

Le texte du paragraphe 3 « Suspension du contrat de travail » de l'article 8 « Cotisations » est remplacé par le texte suivant :

« Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par un dispositif de protection sociale.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 5

Les dispositions de l'article 8 « Cotisations » sont complétées par le paragraphe suivant :

« 6. Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance complémentaire santé, au moins 1 % de la couverture complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures, lesquelles doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;

- un dispositif d’aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d’autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d’aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l’exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini au paragraphe 3 “Suspension du contrat de travail” de l’article 8 “Cotisations”. »

Article 6

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel ainsi que les obligations du contrat responsable, et celles relatives à la complémentaire santé minimale, sont présentés dans les annexes jointes au présent avenant.

Article 7

Le présent avenant prendra effet au premier jour du mois civil suivant la date de publication au *Journal officiel* de son arrêté d’extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Les parties signataires demandent l’extension du présent avenant.

Fait à Sars-et-Rosières, le 14 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

Tableau des garanties

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE
Frais médicaux Consultations, visites, médecins généralistes, spécialistes : – adhérent au CAS 60 % BR – non adhérent au CAS (y compris non conventionné) 40 % BR Actes de spécialité : – médecin adhérent au CAS 60 % BR – médecin non adhérent au CAS (y compris non conventionné) 40 % BR Sages-femmes 60 % BR Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes 40 % BR Analyses, examens de laboratoire 40 % BR Radiographie, électroradiologie : – médecin adhérent au CAS 40 % BR – médecin non adhérent au CAS (y compris non conventionné) 30 % BR Actes de prévention responsable (en fonction du taux de remboursement du RO) De 30 % à 65 % BR	
Pharmacie Pharmacie remboursée à 65 %, 30 %, 15 % par le RO	100 % TM
Optique Lunette : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150 € et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période de 1 an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue Verres simples ⁽¹⁾ 330 € Verres mixtes simple/complexes ⁽²⁾ 360 € Verres mixtes simple/très complexes ⁽³⁾ 360 € Verres complexes 390 € Verres mixtes complexes/très complexes 390 €	

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE
Verres très complexes	400 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	TM + 100 €
Dentaire Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core) Soins Hors inlay, onlay Inlay, onlay Orthodontie prise en charge par le RO	140 % BR + 400 € par an 30 % BR 30 % BR 240 % BR
Appareillage Prothèses médicales et orthopédiques (hors audioprothèses) Frais d'appareillage (hors optique) Prothèses auditives prises en charge ou non par le RO	40 % BR 40 % BR
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de séjour : – secteur conventionné – secteur non conventionné Honoraires actes de chirurgie : Médecin adhérent au CAS Médecin non adhérent au CAS (y compris non conventionné) Chambre particulière (y compris maternité) Forfait hospitalier Frais d'accompagnement (lit + repas)	100 % TM 100 % TM TM + 200 % BR TM + 100 % BR 50 € par jour 100 % FR dès le premier jour 50 € par jour limité à 10 jours par an
Maternité (secteur conventionné ou non) Dans la limite des frais réellement engagés (*)	Crédit de 1/3 PMSS ⁽⁴⁾ par bénéficiaire et maternité
Divers Ostéopathie, chiropractie, par séance et par personne Forfait actes lourds Transport pris en charge par le RO	23 € par consultation dans la limite de 4 séances par an 18 € 100 % FR
(*) Pour les honoraires des praticiens non CAS, dans la limite de : TM + 100 % BR. (1) Verres simples : verres simple foyer dont la sphère de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries. (2) Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. (3) Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8 à + 8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4 à + 4 dioptries. (4) PMSS : salaire plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 3 170 € au 1 ^{er} janvier 2015. Au 1 ^{er} janvier 2015, 1 % PMSS est égal à 31,70 €.	

ANNEXE

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MINIMALE DES SALARIÉS

Contrat solidaire et responsable

Une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque, s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pour son application.

Les complémentaires santé « responsables » doivent, conformément aux dispositions prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant en annexe ci-après :

- prendre en charge l'intégralité de la participation des assurés définie au I de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) ; cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour certains frais ou actes limitativement énumérés par l'article R. 871-2 précité ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
 - prévoir des montants de remboursements complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas au contrat d'accès aux soins ;
 - et en tout état de cause, en ce qui concerne le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, ne pas excéder le plafond spécifique de prise en charge déterminé en application des dispositions de l'article R. 871-2 ci-annexé ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais de lunettes (2 verres + 1 monture) au-delà de la base de remboursement retenue par les régimes obligatoires de protection sociale pour calculer leurs prestations en nature :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie précisés à l'article R. 871-2 pour un équipement complet (2 verres + 1 monture), selon le degré de correction et/ou le type de verres (unifocal, multifocal ou progressif) qui composent l'équipement ;
 - à l'intérieur de ces planchers et plafonds de garantie, limiter en tout état de cause le remboursement de la monture au montant maximum de garantie réglementairement prévu à cet effet ;
 - respecter la fréquence de prise en charge des frais de lunettes pour un équipement complet (1 monture + 2 verres) indiquée à l'article R. 871-2 ci-annexé.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas, ainsi que prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale :

- les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par les régimes obligatoires de protection sociale, ainsi que prévu à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :
 - n'a pas choisi de médecin traitant, ou ;
 - consulte un médecin hors parcours de soins, ou encore ;

- refuse de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) il a recours l'autorisation d'avoir accès à des informations contenues dans son dossier médical personnel nécessaires à la coordination des soins et/ou de le compléter ;
- tout ou partie des dépassements d'honoraires par rapport au tarif retenu par les régimes obligatoires de protection sociale pour effectuer leur remboursement, que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus les consulte hors parcours de soins coordonnés et qui doivent demeurer à la charge de cet assuré social ou à celle de son ayant droit ;
- la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette participation forfaitaire est fixé à 1 euro conformément aux dispositions de l'article R. 322-9-2 du code de la sécurité sociale ;

- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette franchise est fixé, conformément aux dispositions de l'article D. 322-5 du code de la sécurité sociale, à :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par trajet pour les transports sanitaires.

Couverture complémentaire santé minimale des salariés

Une complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus. Elle doit en outre prévoir des montants de remboursements complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D. 911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dento-faciale à hauteur au moins de 125 % du tarif retenu par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations en nature (remboursement du régime obligatoire de protection sociale compris) ;
- une prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes, fixée à :
 - 100 € pour un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;
 - 150 € pour un équipement comportant un verre décrit ci-dessus et un verre simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6 ou + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries ou un verre multifocal ou progressif.

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire, prévues par la législation sur la couverture complémentaire santé minimale des salariés, sont identiques à celles prévues par la législation sur les complémentaires santé responsables.

ANNEXE

TEXTE RÉGLEMENTAIRE

Article R. 871-2 du code de la sécurité sociale

(dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales)

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1. De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 (ticket modérateur). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article ⁽¹⁾ ;

2. Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité ⁽²⁾ et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3. Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 € et au maximum à 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;

b) Au minimum à 125 € et au maximum à 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 € et au maximum à 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 € et au maximum à 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 € et au maximum à 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 € et au maximum à 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

(1) Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré ;
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les régimes obligatoires de protection sociale ;
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

(2) L'article 4 du décret n° 2014-1374 précité précise :

« Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016. »

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

Convention collective nationale
IDCC : 7501. – CRÉDIT AGRICOLE
(13 janvier 2000)
(Etendue par arrêté du 7 mars 2000,
Journal officiel du 12 mars 2000)

AVENANT DU 28 OCTOBRE 2015
À L'ACCORD DU 13 JANVIER 2000
RELATIF AU TEMPS DE TRAVAIL
NOR : *AGRS1697037M*
IDCC : *7501*

Entre :

La FNCA,

D'une part, et

La FGA CFDT ;

La CFTC-Agri ;

Le SNECA CFE-CGC ;

La FEC FO.

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Vu l'accord sur le temps de travail au Crédit agricole en date du 13 janvier 2000 ;

Vu l'avenant interprétatif de l'accord sur le temps de travail et de reconduction de l'annexe II à la convention collective nationale du Crédit agricole, en date du 27 novembre 2013, qui :

- d'une part, a rappelé les principes de l'accord sur le temps de travail susvisé ;
- d'autre part, a reconduit l'annexe II jusqu'au 31 décembre 2015,

dans le prolongement, et suite aux échanges sur le contexte lors de la réunion de la commission nationale de négociation du 23 septembre 2015, il est convenu :

L'annexe II à la convention collective nationale du Crédit agricole intitulée « Durée et organisation du temps de travail » est reconduite, dans la rédaction issue des précédents avenants du 15 décembre 2009, du 24 octobre 2011 et du 27 novembre 2013, pour une durée de 2 ans, soit du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017, date à laquelle elle cessera de plein droit de produire ses effets, sauf reconduction expresse.

Les parties se réuniront 6 mois avant le terme de l'annexe II prévu ci-dessus, soit avant le 1^{er} juillet 2017, pour examiner les modalités d'une éventuelle reconduction.

Pendant sa durée d'application, sa révision partielle ou totale pourra être demandée.

La demande devra être présentée par écrit et préciser les points sur lesquels une révision est demandée.

Sous réserve des dispositions de la loi n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail, les accords conclus dans les caisses régionales ne pourront déroger aux dispositions de l'annexe II, sauf dans un sens plus favorable.

Fait à Paris, le 28 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

Convention collective

**IDCC : 8112. – EXPLOITATIONS DE POLY CULTURE
ET D'ÉLEVAGE**

(Ile-de-France, Seine-et-Marne exceptée)

(6 décembre 1963)

(Etendue par arrêté du 7 septembre 1964,

Journal officiel du 8 octobre 1964)

Convention collective

**IDCC : 8117. – ENTREPRISES ET EXPLOITATIONS AGRICOLES
DE POLY CULTURE, D'ÉLEVAGE, D'AVICULTURE ET CUMA**

(Seine-et-Marne)

ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES, RURAUX ET FORESTIERS

(Ile-de-France)

(12 février 1964)

(Etendue par arrêté du 22 mars 1965,

Journal officiel du 16 avril 1965)

AVENANT N° 7 DU 26 OCTOBRE 2015

NOR : AGRS1697039M

IDCC : 8112, 8117

Entre :

La FDSEA de Seine-et-Marne ;

La FDSEA de l'Ile-de-France ;

La FRCUMA de Seine-et-Marne et d'Ile-de-France Ouest ;

Le groupement des entrepreneurs de travaux agricoles de l'Ile-de-France,

D'une part, et

La CFTC-Agri ;

La section de Seine-et-Marne du SFPAAH CFDT ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 redéfinissent le cadre des contrats dits « responsables » et modifient les expressions des garanties des contrats frais de santé.

Les exigences dudit décret relativement au contenu des contrats sont : la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, des planchers et plafonds pour les frais d'optique, le plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS).

Le présent avenant intègre ces dispositions dans les tableaux frais de santé ainsi que leur impact sur les taux de cotisation.

De plus :

- les cas de dispense d'affiliation sont mis à jour ;
- le délai d'ancienneté est supprimé ;
- la structure tarifaire est modifiée.

Article 1^{er}

L'article 6 « Complémentaire frais de santé » de l'accord est modifié comme suit dans ses parties A, B, C :

« A. – Bénéficiaires

Salariés

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés sans condition d'ancienneté dans une même entreprise ou exploitation agricole entrant dans le champ d'application tel que défini à l'article 1^{er} du présent accord.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Ayants droit

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent aux ayants droit des salariés entrant dans le champ d'application tel que défini à l'article 1^{er} du présent accord.

Les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire ⁽¹⁾ par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

(1) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 6 A du présent accord.

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d’alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu’ils justifient de ne bénéficier d’aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s’ils sont atteints d’une infirmité telle qu’ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l’allocation aux adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d’attribution de l’allocation précitée mais auxquels celle-ci n’est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d’être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l’organisme assureur.

B. – Prestations santé

Les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l’article A du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

La garantie frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits “solidaires” et “responsables”, notamment celles posées par l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d’assurance maladie complémentaire bénéficiant d’aides fiscales et sociales et de sa circulaire d’application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015.

Ainsi :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l’état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

GARANTIES ACCORD polyculture IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Hospitalisation (y compris maternité et psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d’honoraires médecins adhérents au CAS	–	220 % BR	220 % BR

GARANTIES ACCORD polyculture IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au CAS	–	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico-sociaux)	–	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour
Chambre particulière		25 € par jour	25 € par jour
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours par an) ⁽¹⁾	–	60 € par jour	60 € par jour
Crédit supplémentaire maternité	–	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Frais médicaux			
Honoraires de médecins : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au CAS	–	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au CAS	–	100 % BR	100 % BR
Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses	60 % BR ou 100 % BR	40 % BR ou 0 % BR	100 % BR
Actes de prévention, actes techniques ⁽²⁾	De 35 à 70 % BR	De 65 à 30 % BR	100 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages	60 % BR ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR
Prothèses auditives acceptées (par oreille)	60 % BR	395 % BR par oreille	455 % BR par oreille
Pharmacie			
Pharmacie remboursée par le régime de base	De 15 à 35 % BR	De 85 à 65 % BR	100 % BR
Optique			
Par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Plafond maximum de 150 € pour la monture			
Verres, monture, lentilles, prise en charge acceptée	60 % BR	315 €	60 % BR + 315 €
Lentilles non jetables, prise en charge refusée	–	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Dentaire			
Honoraires	70 % BR	30 % BR + FR ⁽³⁾	100 % BR + FR ⁽³⁾
Prothèses dentaires acceptées	70 % BR	140 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires refusées	–	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire

GARANTIES ACCORD polyculture IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Orthodontie acceptée	70 ou 100 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée	–	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire
Polyvalents			
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Cures thermales acceptées :			
Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Frais de traitements thermaux	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait “acte lourd” ⁽⁴⁾	–	100 % du forfait	100 % du forfait
BR : base de remboursement. FR : frais réels. (1) Les frais d’accompagnant sont pris en charge pour l’accompagnement des enfants à charge. Ces frais ne concernent que l’hébergement et les repas de l’accompagnant facturés par l’établissement. (2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information, liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l’hépatite B ; dépistage des troubles de l’audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). (3) Si secteur conventionné, le remboursement comprend la part obligatoire + la part complémentaire. Si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90 % des frais réels (part obligatoire + part complémentaire) limité à 300 % de la BR secteur conventionné. (4) Forfait acte lourd : il s’agit d’un ticket modérateur d’ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).			

C. – Cas de dispense d’affiliation

Par exception aux dispositions de l’article 6. A du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale ⁽¹⁾ et fiscale, notamment l’article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d’affiliation à la garantie frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d’embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d’affiliation 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, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les 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 le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés 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 par ailleurs d’une couverture ;
- les 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, à condition de le

(1) Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire (tel qu’il a été modifié, en dernier lieu, par le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014), la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d’assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la lettre-circulaire questions/réponses de l’ACOSS du 4 février 2014 et la lettre-circulaire ACOSS du 12 août 2015.

justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

- les 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 ;
- les 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 ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs 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), à condition de le justifier chaque année :
 - 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 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) ;
- les salariés membres d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un d'eux pouvant être assuré en qualité d'ayant droit.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

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 auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé le premier jour du mois civil suivant.

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 santé à compter du premier jour du mois civil suivant.

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

Article 2

L'article 7 « Cotisations et organisme gestionnaire » de l'accord est modifié ainsi :

Le deuxième paragraphe est supprimé.

La partie B est abrogée et remplacée par la suivante :

« B. – Pour la garantie complémentaire frais de santé, les cotisations sont dues par les salariés définis à l'article 6 (hors les cas de dispense évoqués audit article 6) le premier jour du mois suivant leur embauche.

Les prestations santé prennent effet le premier jour du mois suivant leur embauche.

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties obligatoires frais de santé définies par le présent accord, 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.

Les cotisations sont les suivantes :

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ ACCORD POLYCLTURE IDF	
Cotisations obligatoires hors taxes	
Isolé (*)	32,93 € par mois
Famille (*)	69,63 € par mois
Cotisations obligatoires toutes taxes comprises	
Isolé (*)	35 € par mois
Famille (*)	74 € par mois
(*) Isolé = salarié seul. Famille = salarié, conjoint, enfants à charge.	

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

Fait à Paris, le 26 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

Accord collectif
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Picardie et Aisne)
(17 juin 2009)

(Etendu par arrêté du 11 décembre 2009,
Journal officiel du 23 décembre 2009)

AVENANT N° 3 DU 16 OCTOBRE 2015

NOR : AGRS1697042M

Entre :

La FDSEA de l'Oise, la FDSEA de la Somme et l'union des syndicats agricoles de l'Aisne ;

Le syndicat des exploitations de cultures spécialisées de l'Aisne ;

Les entrepreneurs des territoires de Picardie ;

Les FDCUMA de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme ;

La fédération des propriétaires forestiers et sylviculteurs de l'Aisne,

D'une part, et

L'union régionale FGA CFDT ;

La CFTC-Agri de Picardie ;

La FGTA FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la fin des clauses de désignation et de migrations suite à la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et 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 volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité et comprenant notamment à cette fin des prestations à caractère non directement contributif ;
- de l'obligation de se conformer aux nouvelles dispositions réglementaires édictées afin de respecter la couverture minimale de garantie 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 l'obligation de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 sur le contenu des contrats complémentaire santé « responsables » bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015,

et afin de prendre en compte les nouvelles dispositions issues de l'avenant n° 4 à l'accord national du 10 juin 2008, les modifications qui suivent sont apportées au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord régional du 17 juin 2009.

Article 1^{er}

Le texte du 1^{er} alinéa de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » de l'accord du 17 juin 2009 est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à l'ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention ;
- ayant 3 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

Dans le cas du passage d'un contrat à durée déterminée (CDD) à un contrat à durée indéterminée (CDI), l'ancienneté est calculée à partir de la date d'embauche en CDD du salarié.

Par dérogation à ce qui précède, les salariés nouvellement embauchés ayant quitté un emploi depuis moins de 3 mois et pour lequel ils bénéficiaient de l'assurance complémentaire frais de santé prévue par l'accord régional du 17 juin 2009 peuvent être affiliés à l'assurance complémentaire frais de santé dès la date de leur embauche.

Ce droit ne devient toutefois effectif qu'à partir de la date à laquelle le salarié, ayant fait connaître sa situation auprès de l'employeur, lui en fait la demande. Ce dernier sollicitera alors l'organisme gestionnaire du régime qui effectuera auprès de l'organisme en charge de l'affiliation des salariés une demande de dérogation. »

Article 2

A partir de son 4^e alinéa, le texte de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Dispense d'affiliation des salariés

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

- les 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 le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les 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, à condition de la

justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

- les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les 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 ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :
 - 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'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
 - 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).

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

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 brute.

Cas particulier. – Salarié à employeurs multiples

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 assureur mettant en œuvre la couverture complémentaire santé. Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et les salariés concernés.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture complémentaire santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites ci-avant, 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.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

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

Après l'entrée en vigueur de l'avenant, 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 de 3 mois 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.

Dispense d'affiliation des ayants droit

Pour les bénéficiaires du "régime familial", l'affiliation des ayants droit est obligatoire sauf si l'ayant droit, à condition de le justifier chaque année, bénéficie pour les mêmes risques d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire cités ci-avant (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié).

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.

Définition des ayants droit

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution

- de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés viables moins de 300 jours après son décès ;
 - les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié, à condition d'être à charge du salarié au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur. »

Article 3

Les modifications suivantes sont apportées au paragraphe 1 «Taux de cotisations et répartition » de l'article 8 « Cotisations » :

- « Le taux global des cotisations destinées au financement des prestations est réparti comme suit :
- 50 % à la charge de l'employeur, sur la cotisation "salarié seul" ;
 - 22 % à la charge de l'employeur, sur la cotisation "salarié et sa famille".

La participation de l'employeur sur la cotisation "salarié et sa famille" doit être supérieure à 50 % de la cotisation "salarié seul". »

Article 4

Le texte du paragraphe 3 « Suspension du contrat de travail » de l'article 8 « Cotisations » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par un dispositif de protection sociale.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 5

Les dispositions de l'article 8 « Cotisations » sont complétées par le paragraphe suivant :

« 6. Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance complémentaire santé, au moins 1 % de la couverture complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures, lesquelles doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini au paragraphe 3 “Suspension du contrat de travail” de l'article 8 “Cotisations”. »

Article 6

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel ainsi que les obligations du contrat responsable, et celles relatives à la complémentaire santé minimale, sont présentés dans les annexes jointes au présent avenant.

Article 7

Le présent avenant prendra effet au premier jour du mois civil suivant la date de publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Amiens, le 16 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

Tableau des garanties

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO), sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE
Frais médicaux Consultations, visites, médecins généralistes, spécialistes : – adhérents au CAS 60 % BR – non adhérents au CAS (y compris non conventionné) 40 % BR Actes de spécialités : – médecins adhérents au CAS 60 % BR – médecins non adhérents au CAS (y compris non conventionné) 40 % BR Sages-femmes 60 % BR Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages/pédicures, orthophonistes, orthoptistes 40 % BR Analyses, examens de laboratoire 40 % BR Radiographie, électroradiologie : – médecins adhérents au CAS 40 % BR – médecins non adhérents au CAS (y compris non conventionnés) 30 % BR Actes de prévention responsable (en fonction du taux de remboursement du RO) De 30 % à 65 % BR	
Pharmacie Pharmacie remboursée à 65 %, 30 %, 15 % par le RO	100 % TM
Optique Lunette : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150 € et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période de 1 an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue Verres simples ⁽¹⁾ 330 € Verres mixtes simple/complexes ⁽²⁾ 360 € Verres mixtes simple/très complexes ⁽³⁾ 360 € Verres complexes 390 € Verres mixtes complexes/très complexes 390 €	

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE
Verres très complexes	400 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	TM + 100 €
Dentaire Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core) Soins – hors inlay/onlay – inlay/onlay Orthodontie prise en charge par le RO	140 % BR + 350 € par an 30 % BR 30 % BR 200 % BR
Appareillage Prothèses médicales et orthopédiques (hors audio-prothèses) Frais d'appareillage (hors optique) Prothèses auditives prises en charge ou non par le RO	 40 % BR 40 % BR
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de séjour – secteur conventionné – secteur non conventionné Honoraires actes de chirurgie : – médecins adhérents au CAS – médecins non adhérents au CAS (y compris non conventionnés) Chambre particulière (y compris maternité) Forfait hospitalier Frais d'accompagnement (lit + repas)	 100 % TM 100 % TM TM + 155 % BR TM + 100 % BR 40 € par jour 100 % FR dès le premier jour 25 € par jour limité à 10 jours par an
Maternité (secteur conventionné ou non) Dans la limite des frais réellement engagés (*)	 Crédit de 1/3 PMSS ⁽⁴⁾ par bénéficiaire et par maternité
Divers Ostéopathie, chiropractie, par séance et par personne Forfait actes lourds Transport pris en charge par le RO	 23 € par consultation dans la limite de 4 séances par an 18 € 150 % FR
(*) Pour les honoraires des praticiens non CAS, dans la limite de : TM + 100 % BR. (1) Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries. (2) Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. (3) Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8 à + 8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4 à + 4 dioptries. (4) PMSS : salaire plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 3 170 € au 1 ^{er} janvier 2015. Au 1 ^{er} janvier 2015, 1 % PMSS est égal à 31,70 €.	

ANNEXE

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MINIMALE DES SALARIÉS

Contrat solidaire et responsable

Une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque, s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pour son application.

Les complémentaires santé « responsables » doivent, conformément aux dispositions prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant en annexe ci-après :

- prendre en charge l'intégralité de la participation des assurés définie au I de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) ; cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour certains frais ou actes limitativement énumérés par l'article R. 871-2 précité ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
 - prévoir des montants de remboursements complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas au contrat d'accès aux soins ;
 - et en tout état de cause, en ce qui concerne le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, ne pas excéder le plafond spécifique de prise en charge déterminé en application des dispositions de l'article R. 871-2 ci-annexé ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais de lunettes (2 verres + 1 monture) au-delà de la base de remboursement retenue par les régimes obligatoires de protection sociale pour calculer leurs prestations en nature :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie précisés à l'article R. 871-2 pour un équipement complet (2 verres + 1 monture), selon le degré de correction et/ou le type de verres (unifocal, multifocal ou progressif) qui composent l'équipement ;
 - à l'intérieur de ces planchers et plafonds de garanties, limiter en tout état de cause le remboursement de la monture au montant maximum de garantie réglementairement prévu à cet effet ;
 - respecter la fréquence de prise en charge des frais de lunettes pour un équipement complet (1 monture + 2 verres) indiquée à l'article R. 871-2 ci-annexé.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas, ainsi que prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale :

- les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par les régimes obligatoires de protection sociale, ainsi que prévu à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :
 - n'a pas choisi de médecin traitant, ou ;
 - consulte un médecin hors parcours de soins, ou encore ;

- refuse de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) il a recours l'autorisation d'avoir accès à des informations contenues dans son dossier médical personnel nécessaires à la coordination des soins et/ou de le compléter ;
- tout ou partie des dépassements d'honoraires par rapport au tarif retenu par les régimes obligatoires de protection sociale pour effectuer leur remboursement, que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus les consulte hors parcours de soins coordonnés et qui doivent demeurer à la charge de cet assuré social ou à celle de son ayant droit ;
- la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette participation forfaitaire est fixé à 1 € conformément aux dispositions de l'article R. 322-9-2 du code de la sécurité sociale ;

- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette franchise est fixé, conformément aux dispositions de l'article D. 322-5 du code de la sécurité sociale, à :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par trajet pour les transports sanitaires.

Couverture complémentaire santé minimale des salariés

Une complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus. Elle doit en outre prévoir des montants de remboursements complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D. 911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dento-faciale à hauteur au moins de 125 % du tarif retenu par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations en nature (remboursement du régime obligatoire de protection sociale compris) ;
- une prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes, fixée à :
 - 100 € pour un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;
 - 150 € pour un équipement comportant un verre décrit ci-dessus et un verre simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6 ou + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries ou un verre multifocal ou progressif.

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire, prévues par la législation sur la couverture complémentaire santé minimale des salariés sont identiques à celles prévues par la législation sur les complémentaires santé responsables.

ANNEXE

TEXTE RÉGLEMENTAIRE

Article R. 871-2 du code de la sécurité sociale

(dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales)

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 (ticket modérateur). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article ⁽¹⁾ ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité ⁽²⁾ et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 € et au maximum à 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;

b) Au minimum à 125 € et au maximum à 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 € et au maximum à 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 € et au maximum à 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 € et au maximum à 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 € et au maximum à 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

(1) Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré ;
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les régimes obligatoires de protection sociale ;
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

(2) L'article 4 du décret n° 2014-1374 précité précise :

« Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016. »

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

Accord collectif
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Puy-de-Dôme)
(21 septembre 2009)

(Etendu par arrêté du 25 février 2010,
Journal officiel du 5 mars 2010)

AVENANT N° 4 DU 27 OCTOBRE 2015

NOR : AGRS1697045M

Entre :

La FDSEA du Puy-de-Dôme ;

La FNSEA du Puy-de-Dôme ;

Le syndicat des entrepreneurs des territoires ;

le syndicat des producteurs de l'horticulture et des pépinières ;

La FDCUMA,

D'une part, et

Le SGA CFDT ;

La FNAF CGT ;

La CFTC-Agri ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Révision totale de l'accord départemental du 21 septembre 2009

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Les dispositions des articles 1^{er} à 13 ainsi que les annexes I et II du présent avenant abrogent et remplacent en totalité les termes de l'accord départemental du 21 septembre 2009 sur une protection sociale complémentaire en agriculture, tels que définis par ses signataires.

Dès lors, les articles ci-après se substituent à l'intégralité des dispositions consolidées de l'accord du 21 septembre 2009.

Le présent accord s'applique à l'ensemble des employeurs et des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de pomiculture, de viticulture, de maraîchage, de champignonnières, d'horticulture et de pépinières, de sylviculture (à l'exception de l'abattage), des CUMA et des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Puy-de-Dôme.

Dans le champ d'application du présent accord, une entreprise relève du régime d'assurance complémentaire frais de santé dès lors que son siège, représenté par les bâtiments d'exploitation, est situé dans le département du Puy-de-Dôme, même si les terrains de cultures s'étendent sur les départements limitrophes.

Les employeurs de ces exploitations et entreprises agricoles (ci-après dénommés « les employeurs ») appliquent de façon obligatoire le socle minimum de garanties collectives frais de santé instituées par le présent accord.

Les employeurs relevant actuellement d'une convention ou accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur comportant des dispositions moins favorables au présent accord devront appliquer celles du dispositif frais de santé ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté, franchise...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet.

Article 2

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Article 3

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

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 organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles 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.

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 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires 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 organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles 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 de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc 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 de 3 mois.

Article 4

Dispositif frais de santé

Article 4.1

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaires cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

Toutefois :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint que celui du présent accord ;
- l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole,

pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié.

Article 4.2

Cas de dispense d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale ⁽¹⁾ et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

(1) Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire (tel qu'il a été modifié, en dernier lieu, par le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014), la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la lettre-circulaire questions/réponses de l'ACOSS du 4 février 2014 et la lettre-circulaire ACOSS du 12 août 2015.

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, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les 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 le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les 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, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les 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 ;
- les 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 ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs 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), à condition de le justifier chaque année :
 - 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 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, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Article 4.3

Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires du présent accord ont décidé d'établir un tableau de garanties frais de santé composé d'un niveau minimum obligatoire de garanties dénommé : « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 » (annexe I).

Tous les remboursements prévus à l'annexe I cumulent les prestations du régime de base de la sécurité sociale (première colonne) et le régime conventionnel dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord (deuxième colonne).

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Article 4.4

Offres à adhésion individuelle et facultative

Les partenaires sociaux ont souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime aux offres individuelles et facultatives suivantes sans participation de l'employeur :

- extension de la garantie conventionnelle (niveau 1) à deux niveaux supérieurs de remboursement des dépenses (niveaux 2 et 3 : tableaux de garanties figurant à l'annexe II) ;
- extension de la garantie conventionnelle (niveau 1) ou des garanties supérieures optionnelles (niveaux 2 et 3) aux ayants droit du salarié.

Définition des ayants droit :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;

- âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d’alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu’ils justifient de ne bénéficier d’aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- quel que soit leur âge, s’ils sont atteints d’une infirmité telle qu’ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l’allocation pour adultes handicapés (AH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d’attribution de l’allocation précitée mais auxquels celle-ci n’est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire, à condition d’être à la charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l’organisme assureur.

Article 4.5

Contrat « solidaire » et « responsable »

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits « solidaires » et « responsables », notamment celles posées par l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d’assurance maladie complémentaire bénéficiant d’aides fiscales et sociales et de sa circulaire d’application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l’état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 4.6

Portabilité loi Evin

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, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d’une rente d’incapacité ou d’invalidité, d’une pension de retraite ou, s’ils sont privés d’emploi, d’un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l’expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit ;
- des personnes garanties du chef de l’assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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.

Article 5

Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 » définies par le présent accord – au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation dont le taux est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Elle est 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 « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 », 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 :

- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 » du présent avenant (garanties supérieures, identiques ou non, aux options facultatives stipulées au présent accord),

ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (parts salariale et patronale).

Article 6

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 express 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 4.2 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 7

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;

- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Article 8

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Article 9

Portabilité à titre gratuit

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles 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, selon les conditions suivantes :

Article 9.1

Durée. – Limites

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 de l'assurance 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 un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de la couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage-retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires, en application du dispositif frais de santé prévu par le présent accord, aient été ouverts chez le dernier employeur.

Article 9.2

Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricoles. Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou facultatives, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives prévues par l'un des actes mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat de travail pour que la portabilité soit assurée pour cette couverture optionnelle.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garantie. Toutefois, le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités, au titre de l'arrêt de travail, d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au cours de la même période.

La portabilité s'applique dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé (notamment dans le cadre des systèmes de garanties collectives plus favorables sur ce point, c'est-à-dire prévoyant l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

Article 9.3

Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article 9.2, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

Article 9.4

Cotisations

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations ; ainsi, les anciens salariés bénéficient de la portabilité sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

Article 10

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin, les clauses des contrats collectifs d'assurance permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou de non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 11

Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies ci-dessous.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé et prévoyance en application du présent accord sera affecté au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit, le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé et prévoyance, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole, notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole, en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 7 et 8.

Article 12

Information des assurés

Les parties rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'orga-

nisme assureur – auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord –, laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Les salariés des exploitations et entreprises agricoles seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 13

Commission paritaire de suivi de l'accord

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non cadres en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une « commission paritaire de suivi de l'accord ».

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire départementale du Puy-de-Dôme, qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Elle est composée de deux représentants et d'un suppléant désignés par chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'autant de représentants désignés par les organisations professionnelles agricoles signataires.

Elle se réunira au moins deux fois par an en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

La partie la plus diligente assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et invités et à toutes formalités résultant des travaux de ladite commission.

La commission paritaire de suivi de l'accord définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant. »

Article 14

Dépôt et extension

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

Fait à Clermont-Ferrand, le 27 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

Annexe I

Garanties Frais de santé

Garantie « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 »

Garantie obligatoire		
	Régime de base MSA	Niveau 1
Soins courants		
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes CAS	70%	30%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes NON CAS	70%	30%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60%	40%
Sages-femmes	70%	30%
Analyses médicales : actes de biologie, analyses, prélèvements, examens de laboratoire	60% ou 100%	0% à 40%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) CAS	70%	30%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) NON CAS	70%	30%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) CAS	70%	30%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) NON CAS	70%	30%
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0€ à 150€	-
Actes de prévention	35% à 70%	30% à 65%
Pharmacie		
Médicaments pris en charge par l'assurance maladie	0% à 65% du BR	35% à 100%
Hospitalisation (conventionnée ou non)		
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie CAS	80% à 100%	0% à 20%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie NON CAS	80% à 100%	0% à 20%
Dépassements d'honoraires CAS	-	155%
Dépassements d'honoraires NON CAS	-	100%
Frais de séjour	80% à 100%	0 à 20%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec hébergement en hospitalisation	-	45€ pdt 60 jours(2)
Chambre particulière avec hébergement en psychiatrie	-	45€ pdt 60 jours(2)
Chambre particulière avec hébergement en maternité	-	45€/ jour
Forfait 18€ sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient>60 ou tarif >120)	-	Frais réels
Maternité : dépassements d'honoraires (dans la limite des frais engagés)	-	33% PMSS/ maternité
Frais de transport	65%	350%
Dentaire		
Soins dentaires	70%	30%
Inlays / Onlays PEC RO	70%	30%
Inlay Cores PEC RO	70%	140%+300€/an
Prothèses PEC par le RO	70%	1400%+300€/an
Orthodontie PEC RO	70% à 100%	150% à 220%

Optique		
Lunettes remboursées tous les 2 ans, sauf enfants de – 18 ans et changement de dioptrie, le forfait est annuel, TM inclus (3)		
Monture seule	60%	150€
2 verres simples (dont monture)	60%	400€ (150€)
2 verres complexes (dont monture)	60%	500€ (150€)
2 verres très complexes (dont monture)	60%	500€ (150€)
2 verres mixtes : 1 simple + 1 complexe (dont monture)	60%	450€ (150€)
2 verres mixtes : 1 simple + 1 très complexe (dont monture)	60%	450€ (150€)
2 verres mixtes : 1 complexe + 1 très complexe (dont monture)	60%	450€ (150€)
Lentilles PEC RO et non PEC RO / an	0% à 60%	0% à 40%+100€/an
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements	60%	40%
Petit appareillage, autres prothèses	60%	40%
Gros appareillage	100%	100%
Prothèses auditives	60%	400%
Prestations complémentaires		
Cure thermique PEC RO (y compris forfait de surveillance médicale, soin, forfait thermal, hébergement et frais de transport)	65% à 70%	30% à 35%
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40€/ an
Assistance		Incluse

CAS : contrat d'accès aux soins. Pour les professionnels de santé non signataires du CAS les garanties sont inférieures d'au moins 20% aux garanties CAS, et dans la limite de 200% BR. **RO** : Régime Obligatoire. **PEC / NON PEC RO** : Pris en charge / Non pris en charge par le Régime Obligatoire. **TM** : Ticket modérateur. **BR** : Base de Remboursement.

Les garanties sont responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale. Sauf précision contraire, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire de 18 € pour actes coûteux (actes médicaux lourds dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60).

(1) Hors établissements médicaux sociaux mentionnés à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale et au 6° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

(2) Puis 25€ au-delà des 60 jours

(3) Sur prescription d'un professionnel de santé ou dans le cadre du renouvellement d'une prescription par un opticien. Détails des verres dans les conditions mentionnées dans la convention de gestion.

Annexe II

Garanties optionnelles Frais de santé

Offres à adhésion individuelle et facultative « Niveau 2 » et « Niveau 3 »

	Niveau 2	Niveau 3
Soins courants		
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes CAS	200%	220%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes NON CAS	180%	200%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100%	200%
Sages-femmes	100%	200%
Analyses médicales : actes de biologie, analyses, prélèvements, examens de laboratoire	100%	200%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) CAS	200%	220%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) NON CAS	180%	200%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) CAS	100%	210%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) NON CAS	100%	190%
Actes de prévention	TOUS	TOUS
Pharmacie		
Médicaments pris en charge par l'assurance maladie	100%	100%
Hospitalisation (conventionnée ou non)		
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie CAS	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie NON CAS	100%	100%
Dépassements d'honoraires CAS	300%	300%
Dépassements d'honoraires NON CAS	100%	100%
Frais de séjour	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec hébergement en hospitalisation	60€ pdt 60 jours(2)	75€ pdt 60 jours(2)
Chambre particulière avec hébergement en psychiatrie	60€ pdt 60 jours(2)	75€ pdt 60 jours(2)
Chambre particulière avec hébergement en maternité	60€/ jour	80€/jour
Forfait 18€ sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient>60 ou tarif >120)	Frais réels	Frais réels
Maternité : dépassements d'honoraires (dans la limite des frais engagés)	33% PMSS/ maternité	40% PMSS/ maternité
Frais d'accompagnant (moins de 16 ans)(3)	-	30€/jour
Frais de transport	100%	100%
Dentaire		
Soins dentaires	100%	100%
Inlays / Onlays PEC RO	100%	250%
Inlay Cores PEC RO	280%+300€/an	500%+400€/an
Prothèses PEC par le RO	280%+300€/an	500%+400€/an
Orthodontie PEC RO	250%	300%
Orthodontie NON PEC RO	150% BR restituée	200€/an
Parodontologie	100€/an	100€/an
Forfait prothèses NON PEC RO y compris implants	-	300€/an

Optique		
Lunettes remboursées tous les 2 ans, sauf enfants de – 18 ans et changement de dioptrie, le forfait est annuel, TM inclus (4)		
Monture seule	150€	150€
2 verres simples (dont monture)	450€ (150€)	470€ (150€)
2 verres complexes (dont monture)	650€ (150€)	800€ (150€)
2 verres très complexes (dont monture)	650€ (150€)	800€ (150€)
2 verres mixtes : 1 simple + 1 complexe (dont monture)	550€ (150€)	610€ (150€)
2 verres mixtes : 1 simple + 1 très complexe (dont monture)	550€ (150€)	610€ (150€)
2 verres mixtes : 1 complexe + 1 très complexe (dont monture)	550€ (150€)	610€ (150€)
Lentilles PEC RO et non PEC RO / an	100%+100€/an	100%+200€/an
Chirurgie corrective	-	300€/œil
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements	300%	300%
Petit appareillage, autres prothèses	300%	300%
Gros appareillage	300%	300%
Prothèses auditives	460%+350€/an	460%+350€/an
Prestations complémentaires		
Cure thermique PEC RO (y compris forfait de surveillance médicale, soin, forfait thermal, hébergement et frais de transport)	100%	100%+150€/an
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	40€/ an	40 €/ an
Médecine douce (osto, acupuncture, chiropractie) (5)	-	30€/4 séances /an /bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an
Assistance	Incluse	Incluse

CAS : contrat d'accès aux soins. Pour les professionnels de santé non signataires du CAS les garanties sont inférieures d'au moins 20% aux garanties CAS, et dans la limite de 200% BR. **RO** : Régime Obligatoire. **PEC / NON PEC RO** : Pris en charge / Non pris en charge par le Régime Obligatoire. **TM** : Ticket modérateur. **BR** : Base de Remboursement.

Les garanties sont responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale. Sauf précision contraire, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire de 18 € pour actes coûteux (actes médicaux lourds dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60).

(1) Hors établissements médicaux sociaux mentionnés à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale et au 6° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

(2) Puis 25€ au-delà des 60 jours

(3) Sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes et dans la limite des frais engagés

(4) Sur prescription d'un professionnel de santé ou dans le cadre du renouvellement d'une prescription par un opticien. Détails des verres dans les conditions mentionnées dans la convention de gestion.

(5) Sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures, dans la limite du forfait annuel.

Convention collective régionale

**IDCC : 8113. – EXPLOITATIONS DE MARAÎCHAGE, ARBORICULTURE,
HORTICULTURE, PÉPINIÈRES ET CRESSICULTURE**

(Ile-de-France)

(8 septembre 2006)

(Etendue par arrêté du 10 janvier 2007,
Journal officiel du 4 février 2007)

AVENANT N° 8 DU 19 NOVEMBRE 2015

NOR : AGRS1697040M

IDCC : 8113

Entre :

La FRSEA d'Ile-de-France,

D'une part, et

L'URSAF CGT ;

Le SNCEA CFE-CGC ;

La FGTA FO ;

La CFTC-Agri ;

Le SFPAAH CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 redéfinissent le cadre des contrats dits « responsables » et modifient les expressions des garanties des contrats frais de santé.

Les exigences dudit décret relativement au contenu des contrats sont : la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, des planchers et plafonds pour les frais d'optique, le plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS).

Le présent avenant intègre ces dispositions dans les tableaux frais de santé ainsi que leur impact sur les taux de cotisation.

De plus :

- les cas de dispense d'affiliation sont mis à jour ;
- le délai d'ancienneté est supprimé ;
- la structure tarifaire est modifiée.

Article 1^{er}

L'article 6 « Complémentaire frais de santé » de l'accord est modifié comme suit :

« A. – Bénéficiaires

Salariés

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés sans condition d'ancienneté dans une même entreprise ou exploitation agricoles entrant dans le champ d'application tel que défini à l'article 1^{er} du présent accord.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Ayants droit

Les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire ⁽¹⁾ par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le “pacsé”) : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire, à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

(1) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 6. A du présent accord.

B. – Prestations santé

Les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article A du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régimes général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

La garantie frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits “solidaires” et “responsables”, notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015.

Ainsi :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

GARANTIES ACCORD polyculture IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Hospitalisation (y compris maternité et psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au CAS	–	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au CAS	–	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico-sociaux)	–	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour
Chambre particulière		25 € par jour	25 € par jour
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours par an) ⁽¹⁾	–	60 € par jour	60 € par jour
Crédit supplémentaire maternité	–	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Frais médicaux			
Honoraires de médecins : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au CAS	–	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au CAS	–	100 % BR	100 % BR
Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR

GARANTIES ACCORD polyculture IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Analyses	60 % BR ou 100 % BR	40 % BR ou 0 % BR	100 % BR
Actes de prévention, actes techniques ⁽²⁾	De 35 à 70 % BR	De 65 à 30 % BR	100 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages	60 % BR ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR
Prothèses auditives acceptées (par oreille)	60 % BR	395 % BR par oreille	455 % BR par oreille
Pharmacie			
Pharmacie remboursée par le régime de base	De 15 à 35 % BR	De 85 à 65 % BR	100 % BR
Optique			
Par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Plafond maximum de 150 € pour la monture			
Verres, monture, lentilles, prise en charge acceptée	60 % BR	315 €	60 % BR + 315 €
Lentilles non jetables, prise en charge refusée	–	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Dentaire			
Honoraires	70 % BR	30 % BR + FR ⁽³⁾	100 % BR + FR ⁽³⁾
Prothèses dentaires acceptées	70 % BR	140 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires refusées	–	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Orthodontie acceptée	70 ou 100 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée	–	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire
Polyvalents			
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Cures thermales acceptées :			
Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	30 % BR	100 % BR

GARANTIES ACCORD polyculture IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Frais de traitements thermaux	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait "acte lourd" ⁽⁴⁾	–	100 % du forfait	100 % du forfait

BR : base de remboursement.
FR : frais réels.

(1) Les frais d'accompagnant sont pris en charge pour l'accompagnement des enfants à charge. Ces frais ne concernent que l'hébergement et les repas de l'accompagnant facturés par l'établissement.

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information, liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en deux séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) Si secteur conventionné, le remboursement comprend la part obligatoire + la part complémentaire. Si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90 % des frais réels (part obligatoire + part complémentaire) limité à 300 % de la BR secteur conventionné.

(4) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

C. – Cas de dispense d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 6.A du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale ⁽¹⁾ et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'affiliation à la garantie frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'affiliation 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, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les 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 le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés 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 par ailleurs d'une couverture ;
- les 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, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les 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 ;
- les 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 ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs 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), à condition de le justifier chaque année :
 - 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

(1) Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire (tel qu'il a été modifié, en dernier lieu, par le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014), la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la lettre-circulaire questions/réponses de l'ACOSS du 4 février 2014 et la lettre-circulaire ACOSS du 12 août 2015.

- 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 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) ;
- les salariés membres d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un d'eux pouvant être assuré en qualité d'ayant droit.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

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 auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé le premier jour du mois civil suivant.

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 santé à compter du premier jour du mois civil suivant.

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

Article 2

Le tableau des cotisations frais de santé à l'article 7 « Cotisations et organisme gestionnaire » est modifié et il est ajouté au-dessous de la note du tableau de cotisations prévoyance les alinéas ci-après :

« Pour la garantie complémentaire frais de santé, les cotisations sont dues par les salariés définis à l'article 6 (hors les cas de dispense évoqués audit article 6) le premier jour du mois suivant leur embauche.

Les prestations santé prennent effet le premier jour du mois suivant leur embauche.

Les cotisations sont les suivantes :

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ	TOTAL PAR MOIS	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Cotisation obligatoire hors taxes			
Salarié seul	33,36 €	20,70 €	12,66 €

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ	TOTAL PAR MOIS	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Cotisation obligatoire toutes taxes comprises			
Salarié seul	35,45 €	22,00 €	13,45 €
Cotisations facultatives hors taxes			
Cotisation adulte (conjoint)	33,36 €	–	33,36 €
Cotisation enfant	19,06 €	–	19,06 €
Cotisations facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	35,45 €	–	35,45 €
Cotisation enfant	20,26 €	–	20,26 €

La part patronale est fixée 22 €. En cas d'évolution de la cotisation totale, cette part patronale ne pourra pas être inférieure à 50 % de la cotisation totale.

Les salariés ont la possibilité d'étendre le bénéfice de leur garantie à leur conjoint et/ou à leurs enfants à charge à titre facultatif, en complétant un bulletin d'affiliation. »

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

Fait à Paris, le 19 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

Convention collective

**IDCC : 8216. – EXPLOITATIONS VITICOLES
(Champagne délimitée)
(2 juillet 1969)**

(Etendue par arrêté du 25 février 1972,
Journal officiel du 19 mars 1972)

AVENANT N° 200 DU 8 DÉCEMBRE 2015

NOR : AGRS1697038M

IDCC : 8216

Entre :

Le syndicat général des vignerons de la Champagne,

D'une part, et

La FGA CFDT de la Marne, de l'Aisne et de l'Aube ;

La CFTC-Agri de Champagne-Ardenne,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la fin des clauses de désignation et de migrations 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 volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité et comprenant notamment à cette fin des prestations à caractère non directement contributif ;
- de l'obligation de se conformer aux nouvelles dispositions réglementaires édictées afin de respecter la couverture minimale de garantie 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 l'obligation de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 sur le contenu des contrats complémentaire santé « responsables » bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015,

et afin de prendre en compte les nouvelles dispositions issues de l'avenant n° 4 à l'accord national du 10 juin 2008, les modifications qui suivent sont apportées au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'avenant n° 170 du 8 juillet 2009 à la convention collective de travail du 2 juillet 1969 modifié par ses avenants n° 187, n° 190, n° 191 et n° 193.

Article 1^{er}

Le texte de l'article 1^{er} « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

Au premier alinéa, les termes « l'ensemble des salariés relevant du champ d'application du présent accord, ayant acquis 6 mois d'ancienneté ou plus dans l'entreprise » sont remplacés par les termes « l'ensemble des salariés ayant 3 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise. »

Au deuxième alinéa, les termes « Le bénéfice de la garantie frais de santé prend effet au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté requise » sont remplacés par les termes « La condition d'ancienneté est réputée acquise le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté. »

Article 2

Le texte de l'article 2 « Ayants droit » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Chaque salarié bénéficiaire de la garantie peut demander l'extension de son régime complémentaire santé au profit de ses ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;

- âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d’alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu’ils justifient de ne bénéficier d’aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité, demandeurs d’emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ;
- quel que soit leur âge, s’ils sont atteints d’une infirmité telle qu’ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l’allocation aux adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d’attribution de l’allocation précitée mais auxquels celle-ci n’est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié, à condition d’être à charge du salarié au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l’organisme assureur. »

Article 3

Le texte de l’article 3 « Dispenses d’affiliation » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Dispense d’affiliation des salariés

Par dérogation à l’article 1^{er}, des dispenses d’affiliation à la garantie complémentaire santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l’une des situations suivantes :

- les 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 le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les 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 ;
- les 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, à condition de la justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé visée à l’article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à échéance du contrat individuel ;
- les 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 ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu’ayants droit, d’une couverture collective relevant de l’un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :
 - 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’Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d’assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;

- 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).

Cas particulier. – Salarié à employeurs multiples

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 assureur mettant en œuvre la couverture complémentaire santé. Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et les salariés concernés.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture complémentaire santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites ci-avant, à la couverture collective mise en place auprès du (ou des) autre(s) employeur(s) à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise ou dans deux entreprises relevant du régime mis en place par l'accord, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

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

Après l'entrée en vigueur de l'avenant, 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 de 3 mois 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

A l'article 6, le paragraphe « Cotisations » est modifié de la manière suivante : « Ils s'acquittent de la totalité de la cotisation directement auprès de l'organisme assureur. »

Article 5

A l'article 11 « Cotisations », le 3^e alinéa du paragraphe « Taux de cotisations et répartition du régime minimum obligatoire « isolé » est modifié comme suit : « Le régime minimum conventionnel obligatoire "isolé" d'assurance frais de soins est financé par une cotisation mensuelle à hauteur de 50 % minimum par l'employeur et de 50 % par le salarié. »

Le 5^e alinéa du même paragraphe est modifié comme suit : « L'option famille est financée par une cotisation mensuelle supplémentaire intégralement à la charge du salarié. »

Le 6^e alinéa du même paragraphe est modifié comme suit : « L'option couverture supérieure est financée par une cotisation mensuelle supplémentaire à la charge intégrale du salarié si elle est à titre individuel (couverture du seul salarié) ou si elle est familiale (couverture du salarié et des ayants droit). »

Article 6

Le paragraphe « Suspension du contrat de travail » de l'article 11 « Cotisations » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par un dispositif de protection sociale.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 7

Les dispositions de l'article 11 « Cotisations » sont complétées par le paragraphe suivant :

« 6. Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance complémentaire santé, au moins 1 % de la cotisation de la couverture complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures, lesquelles doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;

- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole, en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini au paragraphe 3 "Suspension du contrat de travail" de l'article 8 "Cotisations". »

Article 8

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel ainsi que les obligations du contrat responsable, et celles relatives à la complémentaire santé minimale, sont présentés dans les annexes jointes au présent avenant.

Article 9

Le présent avenant prendra effet au premier jour du mois civil suivant la date de publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 8 décembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

Tableau des garanties

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO), sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE	
Frais médicaux	Régime conventionnel	Formule optionnelle
Consultations, visites médecins généralistes, spécialistes : Adhérents au CAS	TM + 50 % BR	TM + 170 % BR
Non adhérents au CAS (y compris non conventionnés)	TM + 30 % BR	TM + 100 % BR
Actes de spécialités :		
Médecins adhérents au CAS	TM + 170 % BR	TM + 170 % BR
Médecins non adhérents au CAS (y compris non conventionnés)	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Sages-femmes	TM + 10 % BR	TM + 150 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	TM	TM + 160 % BR
Analyses, examens de laboratoire	TM	TM + 160 % BR
Radiographie, électroradiologie :		
Médecins adhérents au CAS	TM	TM + 170 % BR
Médecins non adhérents au CAS (y compris non conventionnés)	TM	TM + 100 % BR
Actes de prévention responsable (en fonction du taux de remboursement du RO)	TM	TM
Pharmacie		
Pharmacie remboursée à 65 %, 30 %, 15 % par le RO	100 % TM	
Optique		
Lunettes : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150 € et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période de 1 an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue		
Verres simples ⁽¹⁾	280 €	340 €
Verres mixtes simple/complexes ⁽²⁾	310 €	380 €
Verres mixtes simple/très complexes ⁽³⁾	310 €	380 €

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE	
Verres complexes	340 €	420 €
Verres mixtes complexe/très complexe	340 €	420 €
Verres très complexes	340 €	420 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	TM + 100 €	TM + 150 €
Dentaire Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core)	TM + 110 % BR + 300 € par an	TM + 170 % BR + 350 € par an
Soins Hors inlay/onlay Inlay/onlay Orthodontie prise en charge par le RO	100 % FR TM + 70 % BR TM + 100 % BR	100 % FR TM + 170 % BR TM + 200 % BR
Appareillage Prothèses médicales et orthopédiques (hors audio-prothèses) Frais d'appareillage (hors optique) Prothèses auditives prises en charge ou non par le RO	TM + 160 % BR TM + 360 % BR + 10 % PMSS	TM + 360 % BR
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de séjour Honoraires actes de chirurgie : Médecins adhérents au CAS Médecins non adhérents au CAS (y compris non conventionné) Chambre particulière (y compris maternité) par jour Chambre particulière en psychiatrie Forfait hospitalier Frais d'accompagnement (lit + repas) enfant de moins de 15 ans	100 % TM TM + 155 % BR TM + 100 % BR 100 % FR 25 € par jour 100 % FR dès le premier jour 100 % FR par jour	TM + 200 % BR TM + 200 % BR TM + 100 % BR
Maternité (secteur conventionné ou non) Dans la limite des frais réellement engagés (*)	Crédit de 1/3 PMSS ⁽⁴⁾ par bénéficiaire et par maternité	
Divers Cure thermale prise en charge par le RO (honoraires et traitements thermaux)	TM	TM + 170 % BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE
Forfait actes lourds	18 €
Transport pris en charge par le RO	100 % FR
<p>(*) Pour les honoraires des praticiens non CAS, dans la limite de : TM + 100 % BR.</p> <p>(1) Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.</p> <p>(2) Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.</p> <p>(3) Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8 à + 8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4 à + 4 dioptries.</p> <p>(4) PMSS : salaire plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 3 170 € au 1^{er} janvier 2015. Au 1^{er} janvier 2015, 1 % PMSS est égal à 31,70 €.</p> <p>CAS : contrat d'accès aux soins.</p>	

ANNEXE

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MINIMALE DES SALARIÉS

Contrat solidaire et responsable

Une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque, s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pour son application.

Les complémentaires santé « responsables » doivent, conformément aux dispositions prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant en annexe ci-après :

- prendre en charge l'intégralité de la participation des assurés définie au I de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) ; cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour certains frais ou actes limitativement énumérés par l'article R. 871-2 précité ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
 - prévoir des montants de remboursements complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas au contrat d'accès aux soins ;
 - et en tout état de cause, en ce qui concerne le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, ne pas excéder le plafond spécifique de prise en charge déterminé en application des dispositions de l'article R. 871-2 ci-annexé ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais de lunettes (2 verres + 1 monture) au-delà de la base de remboursement retenue par les régimes obligatoires de protection sociale pour calculer leurs prestations en nature :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie précisés à l'article R. 871-2 pour un équipement complet (2 verres + 1 monture), selon le degré de correction et/ou le type de verres (unifocal, multifocal ou progressif) qui composent l'équipement ;
 - à l'intérieur de ces planchers et plafonds de garantie, limiter en tout état de cause le remboursement de la monture au montant maximum de garantie réglementairement prévu à cet effet ;
 - respecter la fréquence de prise en charge des frais de lunettes pour un équipement complet (1 monture + 2 verres) indiquée à l'article R. 871-2 ci-annexé.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas, ainsi que prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale :

- les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par les régimes obligatoires de protection sociale, ainsi que prévu à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :
 - n'a pas choisi de médecin traitant, ou ;
 - consulte un médecin hors parcours de soins, ou encore ;

- refuse de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) il a recours l'autorisation d'avoir accès à des informations contenues dans son dossier médical personnel nécessaires à la coordination des soins et/ou de le compléter ;
- tout ou partie des dépassements d'honoraires par rapport au tarif retenu par les régimes obligatoires de protection sociale pour effectuer leur remboursement, que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus les consulte hors parcours de soins coordonnés et qui doivent demeurer à la charge de cet assuré social ou à celle de son ayant droit ;
- la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette participation forfaitaire est fixé à 1 € conformément aux dispositions de l'article R. 322-9-2 du code de la sécurité sociale ;

- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette franchise est fixé, conformément aux dispositions de l'article D. 322-5 du code de la sécurité sociale, à :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par trajet pour les transports sanitaires.

Couverture complémentaire santé minimale des salariés

Une complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus. Elle doit en outre prévoir des montants de remboursements complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D. 911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dento-faciale à hauteur au moins de 125 % du tarif retenu par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations en nature (remboursement du régime obligatoire de protection sociale compris) ;
- une prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes, fixée à :
 - 100 € pour un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;
 - 150 € pour un équipement comportant un verre décrit ci-dessus et un verre simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6 ou + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries ou un verre multifocal ou progressif.

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire, prévues par la législation sur la couverture complémentaire santé minimale des salariés, sont identiques à celles prévues par la législation sur les complémentaires santé responsables.

ANNEXE

TEXTE RÉGLEMENTAIRE

Article R. 871-2 du code de la sécurité sociale

(dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales)

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 (ticket modérateur). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article ⁽¹⁾ ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité ⁽²⁾ et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 € et au maximum à 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;

b) Au minimum à 125 € et au maximum à 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 € et au maximum à 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 € et au maximum à 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 € et au maximum à 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 € et au maximum à 850 € par équipement pour adultes à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4 à + 4 dioptries.

(1) Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré ;
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les régimes obligatoires de protection sociale ;
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

(2) L'article 4 du décret n° 2014-1374 précité précise :

« Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016. »

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES**

(Landes)

(15 octobre 2009)

(Etendu par arrêté du 27 mai 2010,
Journal officiel du 4 juin 2010)

AVENANT N° 4 DU 20 NOVEMBRE 2015

NOR : AGRS1697043M

Entre :

La FDSEA des Landes ;

La fédération des syndicats agricoles CGA MODEF des Landes ;

La FDCUMA des Landes ;

Le syndicat des entrepreneurs des territoires des Landes,

D'une part, et

La FNAF CGT, section agriculture ;

La FGTA FO, section agriculture ;

La CFTC-Agri,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Suite à l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives et à la révision de 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 signataires du présent avenant ont convenu de rattacher le régime de complémentaire santé des salariés agricoles non cadres des Landes à l'accord national précité.

Article 1^{er}

*Abrogation des dispositions de l'accord collectif du 15 octobre 2009
et renvoi aux dispositions de l'accord national du 10 juin 2008*

Les dispositions de l'accord collectif du 15 octobre 2009 relatif à la mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire santé en agriculture au bénéfice des salariés agricoles non cadres du département des Landes sont intégralement abrogées.

La complémentaire santé est régie directement par les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 précité (dispositions générales et dispositions relatives au dispositif frais de santé), sauf dispositions particulières prévues aux articles ci-après.

Les dispositions sont les suivantes :

« Article 1^{er}

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres définis à l'accord national et dont les employeurs (exploitations et entreprises agricoles des Landes) relèvent des activités définies ci-dessous :

- les exploitations agricoles proprement dites ;
- les exploitations d'élevage ;
- les exploitations de cultures spécialisées (viticulture, arboriculture, établissements d'horticulture ou de production grainière, cultures maraîchères, pépiniéristes, etc.) ;
- les entreprises de travaux agricoles pour le compte de tiers (battage, moissonnage-battage, moto-culture, préparation des terres, opération de cultures, exploitation des systèmes d'irrigation, etc. (code NAF 01.4A, code APE 400) ;
- les coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Toutefois, les exploitations forestières et les organismes professionnels agricoles sont exclus de son champ d'application professionnel.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique dans les exploitations ou entreprises dont le siège, représenté par les bâtiments d'exploitation principaux, est situé sur le territoire du département des Landes, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe, et ceci où que soient domiciliés les employeurs et les salariés.

Article 2

Choix du niveau de remboursement. – Dispositif frais de santé collectif

Par dérogation à l'annexe I de l'accord national du 10 juin 2008, le dispositif frais de santé applicable à l'accord collectif du 15 octobre 2009 est le suivant :

Le socle national minimum obligatoire et l'option nationale n° 1.

Ces niveaux de remboursement sont obligatoires pour les entreprises définies au champ d'application du présent accord et pour leurs salariés.

Article 3

Structures tarifaires

Les trois structures tarifaires ouvertes au choix de chaque entreprise sont les suivantes :

- uniforme ;
- isolé/famille ;
- adulte/enfant. »

Article 2

Date d'effet

Le présent avenant prendra effet au premier jour du trimestre suivant la date de publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} juillet 2016.

Article 3

Dépôt et extension

Les partenaires sociaux demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Mont-de-Marsan, le 20 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

Directeur de la publication : Yves Struillou

165160060-000216

Direction de l'information légale et administrative

ISSN en cours
