

Brochure n° 3014

Convention collective nationale

**IDCC : 2336. – ORGANISMES GESTIONNAIRES DE FOYERS
ET SERVICES POUR JEUNES TRAVAILLEURS**

AVENANT N° 41 DU 28 JUIN 2016

RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650849M

IDCC : 2336

Entre

SNEFOS

D'une part, et

FSS CFDT

FFASS CFE-CGC

CFTC santé sociaux

SNEPAT FO

UNS CGT FJT

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 17.3.2 intitulé « Rente éducation » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 17.3.2

Rente éducation

En cas de décès du salarié ou d'invalidité permanente absolue du salarié (3^e catégorie de la sécurité sociale), il est versé au profit de chacun des enfants à charge au moment du décès ou de la mise en invalidité permanente absolue :

- une rente fixée à 10 % du salaire annuel de référence tranches A et B jusqu'au 18^e anniversaire ;
- une rente fixée à 10 % du salaire annuel de référence tranches A et B jusqu'au 26^e anniversaire sous réserve des conditions prévues ci-après.

La rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du salarié 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.

La revalorisation est fixée chaque année, en fonction du coefficient décidé par le conseil d'administration de l'organisme assureur.

Le versement des rentes éducation cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant ne répond plus à la définition d'enfant à charge prévue ci-après.

Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue ci-dessus. »

Article 2

L'article 17.3.3 intitulé « Définition des enfants à charge » est modifié comme suit :

« Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants du salarié :

- 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, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance) ;
 - 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 plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Par assimilation, sont considérés à charge pour le bénéfice de la rente éducation, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants à naître, nés viables ainsi que les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou 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 3

Les parties signataires de l'avenant 39 du 3 juillet 2014 à la convention collective nationale des organismes et services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003 souhaitent améliorer la « garantie décès, invalidité permanente et absolue » au bénéfice des salariés non cadres.

L'article 17.2 de la CCN FSJT intitulé « Garantie décès, invalidité permanente et absolue » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 17.2

Garantie décès, invalidité permanente et absolue

Un capital sera versé en une seule fois :

- au bénéficiaire désigné par le salarié, en cas de décès de celui-ci survenu avant son départ en retraite ;
- au salarié avant son départ en retraite, en cas d'invalidité permanente et absolue de la 3^e catégorie de la sécurité sociale.

La base de calcul de ce capital est fixée à 12 fois le salaire brut mensuel, tel que défini dans l'avenant n° 39 de la convention collective nationale des organismes et services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003.

Pour un salarié non cadre, la part de ce capital reversée au bénéficiaire se fait à raison de :

- 200 % pour le salarié quelle que soit la situation de famille ;
- il est ajouté une majoration de 25 % par enfant à la charge du salarié au moment du décès.

Pour un salarié cadre, la part de ce capital reversée au bénéficiaire se fait à raison de :

- 300 % de la tranche A et 150 % de la tranche B pour le salarié quelle que soit la situation de famille ;
- il est ajouté une majoration de 25 % par enfant à la charge du salarié au moment du décès.

Pour l'application de la garantie décès, on entend par enfant à charge l'enfant tel que défini à l'article 17.3.3 du présent texte.

A défaut de désignation de bénéficiaire sous pli scellé remis à l'organisme employeur ou sous toute autre forme juridique à la convenance du salarié, le capital sera versé selon les règles successorales définies par la loi. »

Article 4

Dans le cadre de la mise en conformité de la convention collective nationale des organismes et services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003 à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ; les parties signataires ont décidé de modifier le dispositif de maintien de couverture dit de portabilité de la manière suivante.

L'article 17.7 intitulé « Chômage » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 17.7

Maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale

Les dispositions ci-après prennent effet pour les cessations de contrat de travail intervenant à compter du 1^{er} juin 2015.

Conformément aux dispositions de 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 :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation 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 douze mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire que les salariés bénéficient à la date de cessation de leur contrat de travail du régime conventionnel ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de 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 ;

6° L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

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

L'article 17.14 intitulé « Organismes gestionnaire "risque décès et arrêt de travail" » est annulé et remplacé comme suit :

« Article 17.14

Organisme gestionnaire "risque décès et arrêt de travail"

Les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003 ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des dispositions du présent régime.

Pour ce faire, les partenaires sociaux recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale auprès des organismes assureurs ci-après mentionnés :

- Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, membre du groupe Humanis, siège social au 7, rue de Magdebourg, 75116 Paris ;
- Mutex, entreprise régie par le code des assurances, Siren n° 529 219 040, sise 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex, et Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, Siren n° 775 691 181, sise 21, rue Laffitte, 75009 Paris, coassureurs du régime. La gestion des risques est déléguée à Chorum, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419, siège social au 56-60, rue Nationale, 75013 Paris ;
- OCIRP, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, siège social au 17, rue de Marignan, 75008 Paris et ce, uniquement pour la rente éducation définie à l'article 17.3.2 du présent texte. »

Article 6

L'article 18.1.1 de la convention collective nationale intitulé « Bénéficiaires à titre obligatoire prévus par le présent chapitre » est remplacé comme suit :

« Le régime de prévoyance frais de santé s'inscrit dans la continuité avec celui mis en place le 1^{er} avril 1977. Il le remplace et le modifie en application des lois et des décisions des organismes syndicaux signataires.

Pour être admis à l'assurance, le salarié doit :

- appartenir au groupe assuré ;
- être affilié à la sécurité sociale ;
- être sous contrat de travail (toutefois n'est pas admis à l'assurance le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour congés spéciaux d'une durée supérieure à 1 mois, notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, ou tout autre congé sans solde).

Chaque salarié d'une association gestionnaire de foyers et services aux jeunes travailleurs sera inscrit à titre obligatoire, sous réserve des cas de dispense d'affiliation mentionnés à l'article 18.1.2, à un régime de prévoyance "frais de santé" dans les conditions stipulées dans les articles suivants.

Les bénéficiaires du présent régime ont droit à un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale pour les actes précisés aux articles 18.2 et suivants de la convention collective nationale.

Article 7

L'article 18.1.2 de la convention collective nationale intitulé « Cas de dérogation au caractère obligatoire » est remplacé comme suit :

« L'adhésion des salariés visés à l'article 18.1.1 au régime est obligatoire.

Toutefois, les salariés suivants auront la faculté de ne pas adhérer au régime :

- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Dans ces cas, la dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- les salariés en couple travaillant dans la même entreprise ont la possibilité pour l'un des deux membres du couple de s'affilier en tant qu'ayant droit de l'autre ;
- les salariés et apprentis en contrat de mission ou en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés et apprentis en contrat de mission ou en contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tous documents justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de remboursement de frais de santé ;
- les salariés à temps partiel auprès d'un seul employeur et apprentis, dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- à condition d'en justifier chaque année, des salariés bénéficiaires par ailleurs, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire ou à la demande du salarié.

Dans tous les cas, ces salariés doivent formuler leur demande de dispense d'affiliation par écrit.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime. L'affiliation prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En cas de changement des dispositions légales ou réglementaires ainsi que de la doctrine fiscale ou sociale sur ces cas de dérogation au caractère obligatoire du régime expressément mentionnés dans le présent accord, ces modifications s'appliqueront automatiquement, de telle sorte que le système de garanties puisse continuer à être éligible aux avantages fiscaux et sociaux accordés par la loi.

Ces dispenses ne remettent pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale attachée au financement patronal du régime de remboursement de frais de santé. »

Article 8

Le présent article a pour objet de modifier les garanties du régime de frais de santé afin de le mettre en conformité avec le nouveau cahier des charges des « contrats responsables » issu du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

L'article 18.2.5 intitulé « Dépenses d'optique » est annulé et remplacé comme suit :

« 18.2.5. Dépenses d'optique »

Verres et monture : remboursement en complément de celui de la sécurité sociale selon la grille optique ci-après, et dans la limite des frais réels.

Lentilles prises en charge ou non par la sécurité sociale : remboursement en complément de la sécurité sociale d'un forfait égal à 5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par année civile et par membre de la famille, dans la limite des frais réels. Ce forfait ne peut pas conduire à limiter le remboursement en deçà de la prise en charge du ticket modérateur. Au-delà dudit forfait consommé, les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur du ticket modérateur.

Les remboursements au titre des « verres et monture » et au titre des « lentilles » se cumulent :

- pour les adultes : un remboursement par paire (2 verres + monture) tous les deux ans (sauf évolution de la dioptrie) et un remboursement annuel pour les lentilles ;
- pour les enfants de moins de 18 ans : un remboursement annuel pour une paire (2 verres + monture) et pour les lentilles.

GRILLE OPTIQUE	ADULTES Le remboursement est limité à 1 paire (2 verres et une monture) tous les deux ans (sauf évolution de la vue)		ENFANTS < 18 ANS Le remboursement est limité à 1 paire (2 verres et une monture) par an	
	Code LPP	Forfait par verre	Code LPP	Forfait par verre
Verres simple foyer, sphérique				
sphère de - 6 à + 6	2203240, 2287916	65,00 €	2242457, 2261874	45,00 €
sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	75,00 €	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	70,00 €
sphère < - 10 ou > + 10	2235776, 2295896	85,00 €	2248320, 2273854	75,00 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques				
cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6	2226412, 2259966	75,00 €	2200393, 2270413	55,00 €
cylindre < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2254868, 2284527	85,00 €	2219381, 2283953	70,00 €
cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6	2212976, 2252668	95,00 €	2238941, 2268385	75,00 €
cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2288519, 2299523	105,00 €	2206800, 2245036	85,00 €
Verres multi-focaux ou progressifs sphériques				
sphère de - 4 à + 4	2290396, 2291183	130,00 €	2264045, 2259245	90,00 €
sphère < - 4 ou > + 4	2245384, 2295198	150,00 €	2202452, 2238792	110,00 €
Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
sphère de - 8 à + 8	2227038, 2299180	140,00 €	2240671, 2282221	100,00 €
sphère < - 8 ou > + 8	2202239, 2252042	160,00 €	2234239, 2259660	120,00 €

GRILLE OPTIQUE	ADULTES Le remboursement est limité à 1 paire (2 verres et une monture) tous les deux ans (sauf évolution de la vue)		ENFANTS < 18 ANS Le remboursement est limité à 1 paire (2 verres et une monture) par an	
	Code LPP	Forfait par monture	Code LPP	Forfait par monture
Monture	2223342	120,00 €	2210546	65,00 €

Article 9

Le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} juillet 2016.

Article 10

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent avenant sera déposé en deux exemplaires auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

Les signataires demandent l'extension du présent avenant dans les conditions fixées par les articles L. 2261-24 et L. 2261-25 du code du travail.

Article 11

Aucun accord d'entreprise ne peut comporter des dispositions moins favorables aux salariés que le présent avenant.

Fait à Paris, le 28 juin 2016.

(Suivent les signatures.)