

**Convention collective**

**IDCC : 8733. – ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX  
ET CUMA  
(Tarn et Haute-Garonne)  
(11 décembre 1987)**

(Étendue par arrêté du 15 mars 1988,  
*Journal officiel* du 24 mars 1988)

---

**AVENANT N° 71 DU 18 JANVIER 2018  
RELATIF À L'ACCORD DÉPARTEMENTAL DU 3 JUILLET 2009**

NOR : AGRS1897096M  
IDCC : 8733

---

Entre :

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires du Tarn ;

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires de la Haute-Garonne ;

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole du Tarn ;

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de la Haute-Garonne,

D'une part et,

Union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT ;

Fédération générale agroalimentaire et forestière CGT Tarn ;

Fédération générale agroalimentaire et forestière CGT Haute-Garonne ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture FO Tarn ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture FO Haute-Garonne ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agroalimentaires CFE-CGC Tarn ;

Fédération CFTC-Agri,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**

L'intitulé « Préambule » de l'annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987 est modifié comme suit :

« Ayant pris acte des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par son avenant n° 5 du 28 septembre 2016, et au vu des accords existant dans le champ d'application de l'accord du 3 juillet 2009 afin de garantir les salariés contre les risques relevant du dispositif national de prévoyance, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'adapter les garanties de complémentaire santé instaurées par ledit accord du 3 juillet 2009.

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 72 du 18 janvier 2018 à l'accord du 3 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2018, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, l'appliqueront à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres du département du Tarn et de la Haute-Garonne de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime collectif mutualisé au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective de travail des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des coopératives de matériel agricole du Tarn et de la Haute-Garonne en date du 11 décembre 1987.

Les organisations syndicales et professionnelles agricoles ont donc voulu rendre applicable le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDD ou CDI d'une durée de plus de 1 mois, dès leur premier jour de contrat.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, les partenaires sociaux ont décidé de leur faire bénéficier du dispositif de versement santé, tel que prévu par la loi.

#### Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2019-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

#### Objet

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

#### Bénéficiaires

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

#### Conditions

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur...).

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :

- la couverture maladie universelle – complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ;

- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d’une collectivité publique.

### Modalités

Lors de la conclusion du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l’employeur :

- de l’existence du dispositif versement santé ;
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l’employeur.

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit remettre à l’employeur l’attestation de l’adhésion à une complémentaire santé responsable.

À défaut d’attestation d’adhésion, le salarié doit remettre à l’employeur une copie de l’attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s’engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l’attestation de l’assureur de l’adhésion à une complémentaire santé. Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d’un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

### Calcul du versement santé

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l’employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l’aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l’article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d’heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l’assiette CSG-CRDS. »

## Article 2

L’article 2 « Salariés bénéficiaires » de l’annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987 est modifié comme suit :

### « 1. Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord 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 complémentaire cadre en application des décisions de l’AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d’autres dispositions conventionnelles.

La condition d’ancienneté est réputée acquise au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié est embauché.

En outre, les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de leur précédent emploi dans une entreprise relevant du champ d'application du présent accord, étaient bénéficiaires de l'assurance complémentaire frais de santé instituée par l'article 4, ce dont ils devront justifier auprès du nouvel employeur, jouissent d'un transfert de ce droit à l'assurance complémentaire frais de santé, opposable à ce nouvel employeur, dès lors que les deux circonstances suivantes sont réunies :

- leur embauche intervient dans les 3 mois suivant la fin du contrat de travail ;
- leur recrutement est effectué pour une durée d'au moins 3 mois.

#### 2.1. Cas de dispense : sans changement

#### 2.2. Couverture facultative

##### Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son/ou ses ayants droit moyennant le paiement d'une cotisation définie à l'article « Cotisations ».

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié et l'organisme assureur recommandé à l'article 4 procédera à la collecte de la cotisation.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe.

Définition des ayants droit du salarié :

- le conjoint, le concubin, partenaire lié par un pacte de solidarité (Pacs) ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié à un Pacs jusqu'au 31 décembre qui suit son 20<sup>e</sup> anniversaire ou 28<sup>e</sup> anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un premier emploi, en contrat à durée déterminée ou en contrat d'insertion professionnelle ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié à un Pacs en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'assurance maladie obligatoire français

##### Garanties optionnelles

Les salariés pourront souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires sera à la charge du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations seront confiés à l'organisme assureur recommandé à l'article 4. »

### Article 3

L'article 3 « Adhésion et antériorité » de l'annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987 est modifié comme suit :

#### 3.1. Admission et antériorité

L'adhésion des entreprises du secteur référencé à l'article 1 du présent accord et l'affiliation de leurs salariés fixées à l'article 2 ont un caractère obligatoire.

Les entreprises sont invitées à régulariser administrativement l'adhésion des salariés auprès de la mutuelle recommandée ci-dessous correspondant à l'implantation de son siège social par la signature d'un bulletin d'adhésion spécifique.

Les bulletins d'adhésion, les courriers de communication correspondant et les notices d'information aux entreprises sont établis par Harmonie mutuelle et transmis par celle-ci. Ils sont soumis pour accord à la commission paritaire de suivi.

À charge pour les entreprises de remettre à chaque salarié affilié les notices d'information correspondantes.

Les MSA communiqueront à Harmonie mutuelle les coordonnées des entreprises nouvellement déclarées comme employeurs et dont le personnel remplit les conditions d'adhésion au présent accord.

La mutuelle recommandée pour la gestion du régime frais de santé instituée par la convention de gestion est Harmonie mutuelle.

### 3.2. Antériorité des régimes frais de santé d'entreprises : sans changement. »

## Article 4

L'article 6 « Cotisations » de l'annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987 est modifié comme suit :

### « 6.1. Taux de cotisation et répartition

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la mutualité sociale agricole (MSA) entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'organisme d'assurance recommandé, les signataires de l'accord et l'organisme d'assurance s'engagent à réviser les cotisations/et ou les garanties, au plus tôt, de la date d'application par la MSA des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties de complémentaire frais de santé définies par le présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

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

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égale à 0,93 % du PMSS.

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 prévues à l'article 4, il devra en assurer la totalité du financement, l'employeur n'y contribue en rien et le paiement de la cotisation correspondante ne sera en aucune manière l'affaire de l'entreprise.

### 6.2. Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement des cotisations obligatoires seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de l'organisme recommandé selon les termes d'un accord conclu entre eux.

La MSA appellera d'office les cotisations des salariés remplissant les conditions requises pour bénéficier du régime obligatoire.

Les employeurs prélèveront sur la paie de leurs salariés la part salariale des cotisations, sauf dans les cas de renoncement ou exclusions dûment justifiés.

Les cotisations des régimes facultatifs (cotisation des ayants droit, adhésion des saisonniers CDD, bénéficiaires des régimes d'accueil loi Évin...) seront appelées directement par Harmonie mutuelle. »

Le reste sans changement.

## Article 5

L'article 7 « Maintien de garanties » de l'annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987 est modifié comme suit :

« Bénéficiaires du régime d'accueil loi Évin :

Pour les salariés sortie loi Évin, à savoir :

- les licenciés percevant des prestations ASSEDIC au-delà du bénéfice du principe de portabilité des droits ;
- les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, ayant dans les deux cas cotisé au titre d'actif ;
- les ayants droit des salariés décédés.

Pour les anciens salariés, retraités ou préretraités et leurs ayants droit,

La cotisation est fixée à :

- par adulte : 1,30 % PMSS ;
- ayants droit :
  - conjoint : 1,43 % PMSS ;
  - enfant\*\* : 0,63 % PMSS ;

\*\* : au-delà du deuxième enfant : pas de cotisation (gratuité). »

## Article 6

Les dispositions de l'annexe ci-après, visée à l'article 5 « Garanties complémentaires frais de santé », de l'annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987, sont modifiées comme suit :

*(Voir tableau pages suivantes.)*

# Annexe

Prestations en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier 2017 Régime général	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Participation mutuelle		Remboursement total Y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>Frais médicaux</b>	70 %	30 %		100 %BR
Honoraires et dépassement d'honoraires généralistes et spécialistes (1)	70 %			100 %BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires (1)	70 %	30 %		100 %BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio,scanner,IRM)(1).	70 %	30 %		100 %BR
Sages-femmes	60 %	30 %		100 %BR
Auxiliaires médicaux	60 % ou 100%	40 %		Néant
Analyses médicales		40 %ou 0%		0€à150€/an/bénéficiaire
Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	0€à150€/an/bénéficiaire			
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	35 % à 70 %			100% BR
Actes de prévention (2)		65 % à 30 %		
<b>Pharmacie</b>	65% BR			100 %BR
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	30 % BR	35%		100 %BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	15 % BR	70 %		100 %BR
Médicaments à service médical rendu « faible »		85 %		
<b>Hospitalisation (conventionné ou non)</b>	80% à 100 %			100 % BR
Frais de séjour	80% à 100 %	20 % à 0 %		100% BR
Honoraire médical et chirurgical		20% à 0 %	100%BR(nonCAS)(1)	100 %BR (non cas)(1)
Dépassements d'honoraires			100% FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)				
Forfait actes lourds (18 euros)			100 % FR	100% FR
(actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 euros				
Chambre particulière :				
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)			40 €/jour	40/jour
Maternité			40 €/jour	40€/jour
Psychiatrie			40 €/jour	40€/jour
Chambre particulière en ambulatoire				néant
Frais accompagnant (moins 16 ans)				1/3 PMSS
Maternité (3)			1/3 PMSS	100%BR
Frais de transport	65 %	35 %		65% à 70%
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% à 70 %			
<b>Dentaire</b>				
Soins dentaires	70%			100 %BR
Inlays et Onlays (acceptés par l'assurance maladie obligatoire)	70 %	30 %		100 % BR
Inlays Cores (acceptés par l'assurance maladie obligatoire)	70 %	30 %	25%	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70%	30 %	110 %BR + 10,5%PMSS/AN /bé	210%BR+10,5%PMSS/an/bénéf.
Orthodontie (acceptée par l'assurance maladie obligatoire)	70 % à 100 %	30 % ou 0 %	150%	250 % BR
<b>Optique</b>				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)			Tous les deux ans	Tous les deux ans
Monture seule	60 %	40 %	355 % BR	455 %BR
2 verres simples classe (a) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % + 7 % PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % + 7 % PMSS
2 verres très complexes © (5)	60%		7 % PMSS	60% + 7 % PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % + 7 % PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % + 7 % PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c)(5)	60%		7 % PMSS	60 % + 7 % PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par l'assurance maladie obligatoire)	0 % à 60%	40 %	100€/an/bénéficiaire	100%BR+100€/an/bénéficiaire
<b>Prothèses hors dentaire</b>				
Prothèse auditive (hors entretien)				
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	40%	355 %	455 % BR
Gros appareillage	60%	40%		100% BR
Fourniture médicale et pansement	100%	0%		100%BR
<b>Assistance</b>	60%	40%	oui	100%BR
				Oui
<b>Légende :</b> BR : base de remboursement				

TM : ticket modérateur
CAS : convention d'accès aux soins
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale
FR : frais réels
(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 8/6/2006 pris pour l'application de l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévus 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 deux 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 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs
Verres très complexes classe © : 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
(5) Y compris forfait monture dans la limite du contrat responsable ».
(6)

## Article 7

Le présent avenant s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

## Article 8

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

## Article 9

Un exemplaire du présent avenant sera remis à chaque partie signataire, et deux exemplaires seront déposés à l'unité territoriale du Tarn de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie.

Fait à Albi, le 18 janvier 2018.

(Suivent les signatures)