

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS
NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLY CULTURE, D'ÉLEVAGE,
DE CULTURES SPÉCIALISÉES, D'ÉLEVAGES SPÉCIALISÉS, DE VITICULTURE,
DES CUMA ET DES ETARF
(Charente-Maritime)
(7 septembre 2009)**

(Étendu par arrêté du 18 janvier 2010

Journal officiel du 23 janvier 2010)

AVENANT N° 8 DU 5 SEPTEMBRE 2018

RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME D'ASSURANCE

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1997016M

Entre :

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles de Charente-Maritime ;

Syndicat professionnel des entrepreneurs des territoires de Charente-Maritime ;

Fédération des Charentes des coopératives d'utilisation de matériel agricole,

D'une part, et

Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT ;

Section interdépartementale du syndicat national des cadres d'exploitations agricoles CGC ;

FGTA Force ouvrière ;

Syndicat général agroalimentaire CFDT ;

Fédération agriculture CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires dudit accord ont mis en place dès le 7 septembre 2009 un accord départemental portant sur une protection sociale complémentaire en santé sur le département de la Charente-Maritime, comme le permettait l'accord national du 10 juin 2008. Ce régime créait un dispositif de protection sociale complémentaire en santé sur le département de la Charente-Maritime.

Par voie de labellisation, les organisations patronales et syndicales ont choisi Mutualia Alliance Santé, en sa qualité d'organisme mutualiste, spécialisée dans la complémentaire santé.

Compte tenu de la signature, le 28 septembre 2016, d'un avenant national à l'accord initial, des évolutions législatives et réglementaires intervenues depuis le 10 juin 2008 et afin de pérenniser le dispositif conventionnel départemental, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles de Charente-Maritime ont souhaité, par voie d'avenant, définir le nouveau cadre d'intervention du régime de protection sociale conventionnelle complémentaire au niveau départemental pour les salariés non cadres des structures de la production agricole.

Article 1^{er}

Objet

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 du présent avenant abrogent et remplacent, comme indiqué ci-après, les termes de l'accord départemental du 7 septembre 2009 sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés non cadres des exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de cultures spécialisées, d'élevages spécialisés, de viticulture, des coopératives d'utilisation de matériel agricole et des entreprises de travaux agricoles et forestiers et ses sept (7) avenants, tels que définis par ses signataires.

Dès lors, les articles et annexe ci-après se substituent aux dispositions consolidées de l'accord du 7 septembre 2009 et de ses avenants.

En dehors des articles ci-dessous visés, les autres dispositions précédemment en vigueur demeurent inchangées.

Article 2

L'article 4.1 « Bénéficiaires » est modifié comme suit :

« Article 4.1

Bénéficiaires

Les présentes dispositions, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à l'ensemble des salariés non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord visé à l'article 1^{er}, quel que soit leur contrat de travail.

Par salariés non cadres, il est entendu tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC).

Sont donc exclus du régime 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 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.

Toutefois, l'employeur pourra, 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 3

L'article 4.3 « Cas de dispenses d'adhésion du régime frais de santé » est modifié comme suit :

« Article 4.3

Cas de dispenses d'adhésion du régime frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord, et par application des règles de la législation sociale et fiscale, 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 régime.

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. Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze (12) mois à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

2. Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze (12) mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

3. 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 d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

4. 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 ;

5. 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 ;

6. 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 :

a) 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) ;

b) Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;

c) Régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

d) 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 ;

e) Contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;

f) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale.

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations, CUMA 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, notamment qu'il ne sera pas garanti par la complémentaire santé de l'entreprise et ne bénéficiera pas de la participation employeur qui s'y rapporte ainsi que de la portabilité. »

Article 4

L'article 4.6 « Portabilité loi Évin » est modifié comme suit :

« Article 4.6

Portabilité loi Évin

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 Évin", et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du régime frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles de salariés actifs, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou 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 six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'art. 5.4 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (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 modifié par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, la tarification évolue selon un plafonnement progressif échelonné sur 3 ans, à savoir :

- la première année qui fait suite à la sortie du contrat d'assurance collectif, les tarifs restent identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la deuxième année, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la troisième année, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

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

L'article 4.7 « Dispositif versement santé » est créé :

« Article 4.7

Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1^{er} 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 frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, le montant de référence lié au versement santé ne peut être inférieur au seuil fixé annuellement par arrêté.

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 6

L'article 5.3 « Mise en œuvre du principe de solidarité » est modifié comme suit :

« Article 5.3

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 aux articles 5.3.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation hors taxes de la couverture frais de santé 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 5.3.1

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 comprendre une ou plusieurs des actions suivantes :

1. 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 ;
2. Une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
3. 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, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
4. 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 ;
5. 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 ;
6. Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 5.3.2 et 5.3.3.

Article 5.3.2

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisées

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 trois (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.

Article 5.3.3

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisées

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 un (1) mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Article 5.3.4

Mutualisation du fonds de solidarité départemental

Il est institué un fonds au niveau départemental destiné à recueillir la cotisation visée à l'article 5.3. Chaque année, les partenaires sociaux définiront les actions de solidarité prioritaires au niveau de la branche. »

Article 7

L'annexe « Garanties indices 17 et 17 + » est modifiée comme suit :

« ANNEXE

GARANTIES INDICES 17 ET 17 + AU 1^{ER} JANVIER 2019

	INDICE 17	INDICE 17 +
Frais médicaux. – Soins courants		
Consultations, visites, médecins ou spécialistes OPTAM	100 % BR	200 % BR
Consultations, visites, médecins ou spécialistes non OPTAM	100 % BR	180 % BR

	INDICE 17	INDICE 17 +
Actes techniques OPTAM	100 % BR	100 % BR
Actes techniques non OPTAM	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100 % BR	100 % BR
Massages, pédicures, orthophonistes	100 % BR	100 % BR
Orthoptistes, sages-femmes	100 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR
Radiographie, électroradiologie OPTAM	100 % BR	200 % BR
Radiographie, électroradiologie non OPTAM	100 % BR	180 % BR
Pharmacie		
Pharmacie : service médical rendu majeur/modéré/faible	100 %	100 %
Optique ⁽¹⁾		
Forfait monture et verres simples	Enfant : 450 € par an (monture 150 €) Adulte : 280 €/2 ans (monture 150 €)	Enfant : 450 € par an (monture 150 €) Adulte : 280 €/2 ans (monture 150 €)
Forfait monture et verres mixtes	Enfant : 500 € par an (monture 150 €) Adulte : 310 €/2 ans (monture 150 €)	Enfant : 500 € par an (monture 150 €) Adulte : 310 €/2 ans (monture 150 €)
Forfait monture et verres complexes	Enfant : 550 € par an (monture 150 €) Adulte : 350 €/2 ans (monture 150 €)	Enfant : 550 € par an (monture 150 €) Adulte : 350 €/2 ans (monture 150 €)
Lentilles acceptées ou refusées/an	455 % BR + 100 € par an	455 % BR + 100 € par an
Dentaire		
Prothèses acceptées	210 % BR + 12 % PMSS par an	210 % BR + 12 % PMSS par an
Prothèses dentaires refusées par le régime sécurité sociale (y compris implantologie)	150 € par an	300 € par an
Frais de soins	100 % BR	100 % BR
Inlays/onlays	125 % BR	225 % BR
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	180 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire	200 € par an	200 € par an
Inlays cores (acceptés par le régime de base)	210 % BR + 12 % PMSS par an	210 % BR + 12 % PMSS par an
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements,	100 % BR	100 % BR
Autres prothèses et petit appareillage	100 % BR	100 % BR
Gros appareillage	100 % BR	100 % BR
Prothèses auditives	200 % BR	400 % BR + 200 € par an

	INDICE 17	INDICE 17 +
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)		
Frais de soins et séjour	100 % BR	200 % BR
Honoraire médical et chirurgical	100 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires OPTAM-CO	155 % BR	200 % BR
Dépassements d'honoraires non OPTAM-CO	135 % BR	180 % BR
Chambre particulière : hospitalisation, maternité, psychiatrie	25 € par jour	50 € par jour
Forfait hospitalier	100 % FR dès le 1 ^{er} jour	100 % FR dès le 1 ^{er} jour
Frais d'accompagnant	Néant	25 € par jour
Maternité (secteur conventionné ou non) ⁽²⁾		
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	Jusqu'à un tiers du PMSS/ bénéficiaire/maternité	Jusqu'à un tiers du PMSS/ bénéficiaire/maternité
Frais de soins et séjour	100 % BR	100 % BR
Prime de naissance	Néant	200 €
Divers		
Transport pris en charge par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR
Cures thermales		
Honoraires médicaux	Néant	100 % BR
Traitement thermal	Néant	100 % BR
Autres		
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 €/an/bénéficiaire	50 € à 200 €/an/bénéficiaire
Médecine douce : ostéopathie – chiropraxie – acupuncture – sophrologie	30 €/1 séance/an/ bénéficiaire	35 € la séance dans la limite de 4 séances par an
Actes de prévention	100 % BR	100 % BR
Mutualia assistance 24h/24 et 7j/7	Non	Oui
Réseau de soins carte blanche	Oui	Oui

Article 8

Les parties demandent l'extension du présent avenant dans les mêmes conditions que celles de l'accord départemental.

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 2019.

Fait à Saintes, le 5 septembre 2018.

(Suivent les signatures.)