

Accord du 10 avril 2020

relatif au suivi des régimes de prévoyance et des frais de soins de santé
et à l'utilisation des réserves constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018

NOR : ASET2050842M

IDCC : 1996

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FSPF ;

USPO,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC santé sociaux ;

FNSCIC CFE-CGC ;

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO,

d'autre part,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes, notamment son annexe IV « Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » ;

Vu l'accord du 18 décembre 2000 relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés non-cadres de la pharmacie d'officine, étendu par arrêté du ministre chargé du travail en date du 8 août 2002, qui a désigné IPGM, institution de prévoyance du groupe Mornay devenue KLESIA prévoyance, pour l'assurance et la gestion administrative de régimes de prévoyance et de santé du personnel non-cadre de la pharmacie d'officine, institué par l'accord collectif du 28 mars 1969 ;

Vu l'accord du 8 décembre 2011 relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine qui a désigné IPGM, institution de prévoyance du groupe Mornay devenue KLESIA prévoyance, pour l'assurance et la gestion administrative du régime de prévoyance et de santé des salariés cadres et assimilé de la pharmacie d'officine, étendu par arrêté du ministre chargé du travail en date du 19 décembre 2012, avec transfert par les organismes assureurs

mentionnés à l'accord collectif national étendu du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, des fichiers ainsi que des réserves et des provisions techniques relatifs au régime de prévoyance et de santé des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine ;

Vu la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du conseil constitutionnel qui a déclaré contraire à la constitution l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale qui permettait de désigner par accord professionnel ou interprofessionnel un ou plusieurs organismes assureurs pour assurer la mutualisation des risques dont ils organisent la couverture ;

Vu la décision n° 366345 du 7 décembre 2016 du conseil d'État statuant au contentieux ayant annulé l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012 ;

Vu l'accord collectif national du 11 mai 2017 étendu relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et aux régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017 étendu portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, modifié en dernier lieu par avenant du 10 janvier 2020 ;

Vu la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves conclue entre les organisations syndicales représentatives dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, KLESIA prévoyance et l'APGIS, en date du 10 avril 2020.

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Porteuse d'une vision sociale forte, la branche de la pharmacie d'officine a mis en place, dès 1964 pour les salariés cadres et 1969 pour les salariés non-cadres, des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé socialement efficaces, fondés sur la solidarité interprofessionnelle et la mutualisation.

Pendant plusieurs décennies, la branche a organisé la couverture de ses régimes auprès d'un ou plusieurs organismes assureurs désignés, dont principalement KLESIA prévoyance (Groupe KLESIA). Les conventions signées avec KLESIA prévoyance prévoyaient notamment les modalités de réalisation des comptes de résultat et de partage des résultats, ce qui a permis d'alimenter des réserves importantes pour chacun des régimes (prévoyance cadres, prévoyance non-cadres, santé cadres, santé non-cadres).

Compte tenu de la fin des clauses de désignation consécutive à la décision du conseil constitutionnel du 13 juin 2013, une mise en concurrence en vue d'une recommandation a été organisée en 2017 au terme de laquelle l'APGIS a été recommandée à effet du 1^{er} janvier 2018 par l'accord du 2 octobre 2017 susvisé.

Les officines de pharmacie sont toutefois libres de retenir l'organisme assureur de leur choix pour la prévoyance et la santé de leurs salariés.

Dans ce contexte, les partenaires sociaux de la branche ont souhaité dans le respect du droit de la concurrence :

- continuer à assurer un suivi rigoureux et pérenne des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé conventionnels afin de maintenir des couvertures de qualité pour les officines et leurs salariés ;
- organiser les modalités d'utilisation des réserves constituées dans le cadre des opérations d'assurance réalisées antérieurement au 1^{er} janvier 2018.

À cet effet, les partenaires sociaux de la branche se sont rapprochés de KLESIA prévoyance, organisme assureur antérieurement désigné, et de l'APGIS, assureur recommandé par l'accord du 2 octobre 2017 susvisé, et ont conclu une convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves permettant l'utilisation des réserves constituées grâce aux cotisations des entreprises et des salariés de la branche avant le 1^{er} janvier 2018, au profit de l'ensemble des pharmacies d'officine qui respectent les dispositions conventionnelles en matière de prévoyance et de santé, dans le respect du principe d'égalité entre toutes les entreprises et tous les salariés.

Cette convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves (ci-après la convention), qui engage les assureurs signataires et adhérents, est annexée au présent accord (annexe 1), dont elle forme partie intégrante.

Article 1^{er} | Utilisation des réserves constituées grâce aux cotisations des entreprises et des salariés de la branche avant le 1^{er} janvier 2018

1.1. Montant des réserves au 31 décembre 2017

Le montant des réserves des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine constituées grâce aux cotisations des entreprises et des salariés de la branche avant le 1^{er} janvier 2018 (ci-après les réserves) s'élève au 31 décembre 2017 à la somme de 106 378 556 € dont :

- réserves du régime prévoyance et santé des non-cadres : 68 172 337 € ;
- réserves du régime prévoyance et santé des cadres et assimilés : 38 206 219 €.

1.2. Modalité d'utilisation des réserves à compter du 1^{er} janvier 2018

À compter du 1^{er} janvier 2018, les réserves sont utilisées, dans la limite de leur montant, pour :

a) Financer les aménagements de garanties décidées par les partenaires sociaux dans le cadre des dispositions conventionnelles ; cette utilisation se fait selon les règles précisées au 1.2.1 ci-après.

b) Financer les pertes techniques éventuelles du compte de suivi des engagements existants au 31 décembre 2017 et pour financer les éventuels changements réglementaires ou conventionnels à compter du 1^{er} janvier 2020 ; cette utilisation se fait selon les règles précisées au 1.2.2 ci-après.

c) Financer les différences de risques éventuels entre le périmètre des entreprises assurés par l'organisme recommandé et l'ensemble des entreprises de la branche selon les modalités précisées au 1.2.3 ci-après ; ce financement est justifié car l'assureur recommandé doit accepter toutes les entreprises de la branche, sans aucune sélection, au tarif prévu par la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.

d) Financer les prestations payées par un assureur aux officines et aux salariés des officines qui ont adhéré à cet assureur au 1^{er} janvier 2018 sans payer de cotisations en raison d'actions contentieuses avec l'ancien assureur désigné concernant la résiliation au 1^{er} janvier 2018, selon les modalités précisées au 1.2.4 ci-après.

e) Financer les indemnités complémentaires prévues à l'article 2 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de « Covid-19 » en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine selon les modalités précisées au 1.2.5 ci-après.

Peuvent bénéficier de ces financements tous les organismes assureur de pharmacies d'officine qui :

- proposent aux officines des contrats de prévoyance et/ou de santé qui respectent l'ensemble des garanties conventionnelles étendues concernant les régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité et/ou les régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine ;
- adhèrent à la convention et s'engagent à en respecter les dispositions.

À compter de 2021, l'adhésion à la convention réalisée au cours d'un exercice ne peut pas avoir d'effet rétroactif en deçà du 1^{er} janvier de l'année de cette adhésion.

1.2.1. Financement des prestations conventionnelles décidées par les partenaires sociaux

Les réserves sont utilisées pour financer les aménagements de garanties décidées par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine (ci-après CPPNI).

Les montants à prélever sur les réserves du personnel cadre et non-cadre, dans la limite de leurs montants respectifs, sont définis comme suit :

A. Nature des prestations conventionnelles pouvant être financées par les réserves

A1. Pour le personnel non-cadre

Sont financés par les réserves du personnel non-cadre :

- 15 % de la charge des prestations santé du personnel non-cadre (prestations payées dans l'année et variation des provisions pour prestations à payer) au titre des régimes conventionnels frais de soins de santé du personnel non-cadre pour les survenances 2018 et 2019 nettes des prestations visées au C ci-dessous ;
- pour la survenance 2020, la liste des postes du régime de base conventionnel frais de soins de santé du personnel non-cadre pouvant faire l'objet d'un financement par les réserves sera précisée par avenant au présent accord, l'objectif étant que la somme des prestations relatives aux postes ainsi financés représente 15 % de la charge des prestations du régime conventionnel frais de soins de santé du personnel non-cadre défini aux annexes IV.1 et IV.3 de la convention collective nationale susvisée ;
- la liste des postes et le taux de prestations financées par les réserves des régimes de prévoyance du personnel non-cadre pourront ensuite être ajustés par avenant au présent accord pour les survenances 2021 et postérieures. En l'absence d'avenant, les dispositions de l'année précédente s'appliquent.

A2. Pour le personnel cadre et assimilé

Sont financés par les réserves du personnel cadre et assimilé :

- 14 % de la charge des prestations santé du personnel cadre et assimilé cadre (prestations payées dans l'année et variation des provisions pour prestations à payer) au titre des régimes conventionnels frais de santé du personnel cadre et assimilé pour les survenances 2018 et 2019, majoré de 100 % des prestations payées dans l'année au titre de la garantie maternité-paternité du régime de base conventionnel du personnel cadre et assimilé cadre (RPO) ;
- pour la survenance 2020, la liste des postes du régime de base conventionnel frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé pouvant faire l'objet d'un financement par

les réserves sera précisée par avenant au présent accord, l'objectif étant que la somme des prestations relatives aux postes identifiés représente 10 % de la charge des prestations du régime conventionnel frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé défini aux annexes IV.2 et IV.3 de la convention collective nationale susvisée, majoré de 100 % des prestations payées dans l'année au titre de la garantie maternité-paternité du régime de base conventionnel du personnel cadre et assimilé (RPO) ;

- la liste des postes et le taux de prestations financées par les réserves des régimes de prévoyance pourront ensuite être ajustés par avenant au présent accord pour les survenances 2021 et postérieures. En l'absence d'avenant, les dispositions de l'année précédente s'appliquent.

B. Système de lissage afin de compenser le déficit comptable constaté en 2018 et 2019 sur l'arrêt de travail non-cadre du fait de l'impact des provisions

Afin de compenser le déficit comptable constaté en 2018 et 2019 sur l'arrêt de travail non-cadre du fait de l'impact des provisions, un système de lissage est mis en place.

Chaque assureur signataire ou adhérent à la convention peut bénéficier d'un prélèvement spécifique sur les réserves du personnel non-cadre égal au déficit comptable, constaté dans les comptes au 31 décembre 2018 du régime conventionnel du personnel non-cadre, au titre des risques prévoyance, pour la survenance 2018, dans la limite de 20 % des cotisations prévoyance 2018 du régime conventionnel du personnel non-cadre.

Un prélèvement similaire pourra être mis en œuvre au titre de la survenance 2019 en fonction du déficit comptable constaté dans les comptes au 31 décembre 2019 des régimes conventionnels du personnel non-cadre dans la limite de 10 % des cotisations prévoyance 2019 du régime conventionnel du personnel non-cadre.

En contrepartie, à compter de 2020, le prélèvement annuel sur les réserves sera minoré, pendant 5 ans, à hauteur de 20 % de ces prélèvements exceptionnels majorés de produits financiers.

Dans l'hypothèse où un assureur n'assurera plus de pharmacies d'officine dans les 5 ans, ou si le prélèvement d'une année était inférieur à 20 % des prélèvements exceptionnels, l'assureur remboursera la part du prélèvement exceptionnel qui ne peut pas être compensé par le prélèvement de l'année.

C. Remboursement des prestations santé versées aux salariés et anciens salariés en arrêt de travail au 31 décembre 2017 bénéficiant d'un maintien gratuit des garanties frais de santé

Les prestations santé payées par un assureur, autre que KLESIA prévoyance, pour les personnes en arrêt de travail indemnisées par KLESIA prévoyance au titre d'un arrêt de travail antérieur au 31 décembre 17 seront remboursées chaque année par KLESIA prévoyance et imputées sur le compte de suivi des engagements existant au 31 décembre 2017. Les prestations prises en compte sont les prestations santé payées pendant la durée de l'arrêt de travail uniquement.

D. Dispositions communes aux A, B et C

Les montants à prélever chaque année sur les réserves ou le compte des engagements passé au titre des A, B et C ci-dessus sont définis sur la base des comptes réalisés par chaque assureur en application de la convention et présentés à la commission de suivi technique paritaire mentionnée à l'article 2.1.

Les prélèvements mentionnés aux A et B pourront être ajustés en 2021 en fonction des évolutions de garanties et du dispositif dit « 100 % santé » et pourront être ensuite ajustés chaque année par voie d'avenant.

Il est précisé que les prestations à prendre en compte sont les prestations relatives aux régimes conventionnels définis par accord collectif (annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la convention collective nationale susvisée) à compter de leur date d'entrée en vigueur, étant précisé qu'un délai minimum de 6 mois devra en toute hypothèse être prévu entre la date de signature de l'accord apportant les modifications et la date d'entrée en vigueur pour permettre aux assureurs d'adapter les prestations. Par dérogation, ce délai n'est pas applicable pour les modifications liées à des mises en conformité réglementaires ou à la prise en charge des arrêts « Covid-19 ».

En contrepartie, la CPPNI s'engage à communiquer les accords ou avenants révisant les garanties conventionnelles aux assureurs signataires ou adhérents à la convention dans les 15 jours suivants la date de leur ouverture à la signature. À défaut, le délai de 6 mois prévu pour permettre aux assureurs d'adapter les prestations sera prorogé du nombre de jours de retard.

Les assureurs sont libres de proposer des prestations supérieures aux prestations conventionnelles, ces prestations ne pouvant toutefois pas donner lieu à financement par les réserves. De même, le fait pour un assureur de ne pas appliquer les prestations conventionnelles avant la date de leur extension par arrêté ministériel n'exclut par l'assureur du bénéfice de la présente convention. En revanche, l'assureur ne pourra pas bénéficier d'un financement par les réserves des prestations qui ont été réduites par avenant conventionnel. Dans tous les cas, les prestations prises en compte sont limitées aux prestations réellement payées (un assureur qui applique avec retard une amélioration de garanties ne peut bénéficier d'une prise en charge par les réserves des prestations reconstituées sur la base des garanties améliorées).

1.2.2. Financement des pertes techniques des comptes de suivi des engagements au 31 décembre 2017 et des changements réglementaires ou conventionnels à compter du 1^{er} janvier 2020

KLESIA prévoyance réalise un compte de suivi des engagements existant au 31 décembre 2017 conformément aux dispositions de la convention.

85 % des boni-techniques cumulés du compte de suivi des engagements passés nets des dotations/reprises déjà effectuées alimentent les réserves.

Inversement, 100 % du solde débiteur cumulé du compte de suivi des engagements passés nets des dotations/reprises déjà effectuées sera prélevé sur les réserves de la catégorie de personnel concernée dans la limite de son montant.

En cas de changements réglementaires ou conventionnels impliquant une augmentation de la charge de prestations, les signataires du présent accord étudieront, en concertation avec les assureurs, la possibilité de financer l'impact de ces changements par les réserves dans la limite de leur montant.

1.2.3. Financement des différences de risques

L'organisme assureur recommandé doit accepter toutes les entreprises de la branche, sans aucune sélection, au tarif prévu par la convention collective nationale susvisée. Dans ce cadre, l'organisme assureur recommandé peut être amené à supporter un risque plus élevé que la moyenne de la branche, charge supplémentaire qu'il y a lieu de compenser.

Les différences de risque sont mesurées notamment par :

- la différence d'âge moyen (i) ;
- la différence de taux d'assurés bénéficiant du maintien de garantie au titre de la portabilité (ii).

i) Compensation des différences de risque liées à l'âge :

S'il existe un écart de plus de 1 an entre l'âge moyen des salariés assurés par l'organisme recommandé (par catégories cadres/assimilés et non-cadres) par rapport à l'âge moyen des

salariés (par catégories cadres/assimilés et non-cadres) figurant dans le rapport économique et social de la branche de la pharmacie d'officine mentionné à l'article D. 2241-1 du code du travail, l'assureur recommandé bénéficie d'un prélèvement sur réserve égal à :

- 3 % des cotisations prévoyance de la population concernée multipliées par l'écart d'âge ;
- 1,8 % des cotisations santé de la population concernée multipliée par l'écart d'âge.

ii) Compensation des différences de risque liées au taux de salariés bénéficiant de la portabilité :

S'il existe un écart de plus d'un point entre le taux des assurés en portabilité de l'organisme recommandé (par catégories cadres/assimilés et non-cadres) et le taux des assurés (par catégories cadres/assimilés et non-cadres) en portabilité de l'ensemble des assureurs signataires de la convention, l'assureur recommandé bénéficie d'un prélèvement sur réserve égal aux cotisations prévoyance et santé de la catégorie de personnel concernée multiplié par l'écart de taux des assurés en portabilité de la catégorie de personnel concernée.

1.2.4. Financement des prestations payées sans contreparties de cotisations

Sont financées par les réserves les prestations payées en 2018 par un assureur pour les salariés des officines de pharmacie qui ont adhéré à cet assureur au 1^{er} janvier 2018 et qui n'ont pas payé de cotisations en raison d'actions contentieuses avec l'ancien assureur désigné concernant la résiliation au 1^{er} janvier 2018.

1.2.5. Financement des arrêts de travail liés au « Covid-19 »

Les indemnités complémentaires prévues à l'article 2 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de « Covid-19 » en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine sont financées par les réserves de la catégorie de personnel concernée pour les arrêts dont la survenance interviendra entre le 10 mars et le 31 mai et dont la période indemnisée finit au plus tard le 31 mai 2020, sauf prolongation des dispositions exceptionnelles liées au « Covid-19 » qui pourraient être décidées par avenant à l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de « Covid-19 ».

Pour ce faire, les assureurs signataires ou adhérents à la convention devront produire le fichier des prestations payées par catégorie de personnel (non-cadre d'une part et cadres et assimilés d'autre part) pour les arrêts de travail concernés avec la date de survenance de l'arrêt, la date de début d'indemnisation et de fin d'indemnisation et le montant payé.

Article 2 | Suivi de l'utilisation des réserves

2.1. Commission de suivi technique paritaire

Les organisations syndicales représentatives signataires du présent accord décident d'instituer une commission paritaire dédiée ayant pour mission de suivre la bonne application de la convention et notamment l'utilisation des réserves constituées grâce aux cotisations des entreprises et des salariés de la branche avant le 1^{er} janvier 2018.

Cette commission dénommée commission de suivi technique paritaire (CSTP) est créée spécifiquement et composée de la façon suivante :

- un collège des salariés composé de membres désignés par chacune des organisations syndicales de salariés reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ;
- un collège des employeurs composé de membres désignés par chacune des organisations syndicales d'employeurs reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.

Les décisions de la CSTP sont adoptées pour leur validité, conformément à l'article 30 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine dans sa rédaction en vigueur à la date de signature du présent accord, c'est-à-dire au sein du collège employeur comme du collège salarié, par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives dont le poids cumulé est au moins égal à 50 % au regard des arrêtés fixant la liste des organisations professionnelles d'employeurs et des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche de la pharmacie d'officine.

La CSTP se réunira au moins une fois par an selon le calendrier prévu par la CSTP.

L'actuaire conseil de la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine tel que désigné dans le dernier accord de branche étendu assiste la CSTP pour le suivi de la mise en œuvre de la présente convention, en particulier pour les vérifications relatives aux prélèvements à effectuer sur les réserves par les assureurs.

La CSTP peut également se faire assister d'un ou de plusieurs experts.

Afin de veiller au respect des principes de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement, l'actuaire conseil et chaque expert devront être indépendants des assureurs, et se conformer aux dispositions de l'article D. 912-11 du code de la sécurité sociale avant leur nomination et à chaque renouvellement.

Des représentants des assureurs signataires ou adhérent à la convention assistent aux réunions de la CSTP en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour. Ils rendent compte de la situation des régimes conformément à la convention.

La CSTP adresse à la CPPNI toutes propositions qui lui paraissent utiles notamment concernant l'évolution des cotisations et les prestations des régimes de prévoyance et de santé des salariés de la pharmacie d'officine ainsi que l'évolution de la convention et des prélèvements à effectuer sur les réserves en application de la convention.

Un règlement intérieur précisera les règles de fonctionnement de la CSTP. Il sera annexé au présent accord par voie d'avenant.

2.2. Validation des prélèvements à effectuer sur les réserves

La CPPNI valide chaque année, sur la base du rapport de l'actuaire conseil de la CSTP, la bonne application de la convention et notamment, les prélèvements à effectuer sur les réserves pour l'ensemble des assureurs signataires ou adhérent à la convention, avec une ventilation des montants revenant à chaque assureur en application de l'article 1^{er}.

La CPPNI est seule décisionnaire pour toutes mesures concernant l'évolution des accords paritaires des régimes de prévoyance et de santé des salariés de la pharmacie d'officine et pour toutes propositions concernant la modification de la convention au nom des partenaires sociaux.

2.3. Mise en œuvre

Pour bénéficier des financements définis à l'article 1^{er}, chaque assureur signataire ou adhérent à la convention doit fournir les comptes et états de synthèse définis aux annexes 1 et 2 de la convention en respectant les modalités et délais qui sont précisés dans ces annexes.

Article 3 | Communication

Les signataires définiront ensemble le dispositif de communication permettant d'informer largement l'ensemble des officines des dispositions du présent accord.

Article 4 | Dispositions finales

Le présent accord prend effet à compter du 10 avril 2020.

Conclu pour une durée déterminée, il cessera de produire effet lorsque les réserves visées à l'article 1.1 auront été intégralement utilisées en application du présent accord.

Le présent accord sera déposé à l'initiative de la partie la plus diligente.

Il pourra être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de 50 salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2016). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Fait à Paris, le 10 avril 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe Convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, effet : 1^{er} janvier 2018

Pharmacie d'officine

La présente convention est conclue :

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

La fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) dont le siège social est situé 13, rue Ballu, 75009 Paris.

Représentée par Philippe Besset, président, dûment habilité aux fins des présentes, d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

L'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) dont le siège social est situé 43, rue de Provence, 75009 Paris.

Représentée par Gilles Bonnefond, président, dûment habilité aux fins des présentes, de deuxième part, et

La fédération nationale Force ouvrière des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses et de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) dont le siège social est situé 7, passage Tenaille, 75014 Paris.

Représentée par Jacques Techer, secrétaire général, dûment habilité aux fins des présentes, de troisième part, et

L'union fédérale de l'industrie et de la construction de l'UNSA (UNSA industrie et construction) dont le siège social est situé 21, rue Jules-Ferry, 93177 Bagnolet.

Représentée par Christophe Pestelle, secrétaire général, dûment habilité aux fins des présentes, de quatrième part, et

La fédération nationale des industries chimiques (FNIC CGT) dont le siège social est situé Case 429, 263, rue de Paris, 93514 Montreuil Cedex.

Représentée par Emmanuel Lépine, secrétaire général, dûment habilité aux fins des présentes, de cinquième part, et

La fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) dont le siège social est situé 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19.

Représentée par Eve Rescanières, secrétaire général, dûment habilitée aux fins des présentes, de sixième part, et

La fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC) dont le siège social est situé 33, avenue de la République, 75011 Paris.

Représentée par Malik Gueye, président, dûment habilité aux fins des présentes,
de septième part, et

La fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) dont le siège social est situé 34, quai de la Loire, 75019 Paris.

Représentée par Patrick Mercier, président, dûment habilité aux fins des présentes dénommées,
de huitième part, et

L'APGIS, institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège social est situé 12, rue Massue, 94684 Vincennes Cedex.

Représentée par Corinne Prayez, directrice générale, dûment habilitée aux fins des présentes,
de neuvième part, et

KLESIA prévoyance, institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège social est situé 4, rue Georges-Picquart, 75017 Paris.

Représentée par Christian Schmidt de La Brélie, directeur général, dûment habilité aux fins des présentes,
de dixième part.

Préambule

Porteuse d'une vision sociale forte, la branche de la pharmacie d'officine met en place, dès 1964 pour les salariés cadres et 1969 pour les salariés non-cadres, des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé socialement efficaces, fondés sur la solidarité interprofessionnelle et la mutualisation.

Pendant plusieurs décennies, la branche organise la couverture de ses régimes auprès d'un ou plusieurs organismes assureurs désignés, dont principalement KLESIA prévoyance (Groupe KLESIA). Les conventions signées avec KLESIA prévoyance prévoient notamment les modalités de réalisation des comptes de résultat et de partage des résultats, ce qui permet d'alimenter des réserves importantes pour chacun des régimes (prévoyance cadres, prévoyance non-cadres, santé cadres, santé non-cadres).

Compte tenu de la fin des clauses de désignation suite à la décision du conseil constitutionnel du 13 juin 2013, une mise en concurrence en vue d'une recommandation est organisée en 2017 et l'APGIS est recommandée à effet du 1^{er} janvier 2018 par accord du 2 octobre 2017 pour l'assurance et la gestion des régimes frais de santé et prévoyance des personnels non-cadres et cadres et assimilés de la pharmacie d'officine.

Les officines sont toutefois libres de retenir l'organisme assureur de leur choix pour la prévoyance et la santé de leurs salariés.

Dans ce contexte, les partenaires sociaux de la branche souhaitent, dans le respect du droit de la concurrence :

- continuer à assurer un suivi rigoureux et pérenne des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé conventionnels afin de maintenir des couvertures de qualité pour les officines et leurs salariés ;
- organiser les modalités d'utilisation des réserves constituées dans le cadre des opérations d'assurance réalisées antérieurement au 31 décembre 2017. Les modalités d'utilisation et de suivi des « Réserves » définies ci-dessous sont précisées à l'article 3 de la présente convention et feront l'objet d'un accord de branche.

Pour ce faire, il convient que l'ensemble des partenaires sociaux dispose d'informations globales leur permettant d'assurer le suivi technique des contrats de prévoyance et de santé assurés en exécution des dispositions conventionnelles quel que soit l'organisme assureur.

C'est dans ce cadre que la présente convention est signée.

Définitions

Le terme « les partenaires sociaux » désigne les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche de la pharmacie d'officine.

Le terme « assureur » désigne chaque organisme assureur signataire ou adhérent de la présente convention qui propose aux officines des contrats de prévoyance et/ou de santé qui respectent l'ensemble des garanties conventionnelles concernant les régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité et les régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine.

Le terme « régimes » désigne les opérations collectives de prévoyance et/ou de santé réalisées en application des dispositions des annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998.

Le terme « réserves » désigne les différentes réserves (provision d'égalisation, réserve de stabilité, réserve générale, réserve générale initiale...) qui ont été alimentées jusqu'au 31 décembre 2017 par les résultats des régimes assurés par KLESIA prévoyance et/ou qui ont été transférées à KLESIA prévoyance par d'autres organismes assureurs pendant la période de désignation de KLESIA prévoyance, et qui évoluent conformément à l'article 3 de la présente convention.

Sommaire

Article 1 ^{er}	Objet de la convention
Article 2	Suivi technique des régimes à compter du 1 ^{er} janvier 2018
Article 3	Utilisation des réserves
Article 4	Date d'effet. Durée. Terme
Article 5	Communication
Article 6	Résolution des conflits
Article 7	Annexes techniques

Article 1^{er} | *Objet de la convention*

La présente convention a pour objet de mettre en place un suivi technique harmonisé des régimes, quel que soit l'assureur, permettant aux partenaires sociaux de la branche :

- d'avoir une vision globale de l'évolution de la sinistralité prévoyance et santé pour chaque catégorie de personnel (non-cadre d'une part, cadre et assimilé d'autre part) pour faire évoluer les régimes dans le temps ;
- de gérer l'utilisation des réserves issues de l'ex désignation.

Pourra adhérer à cette convention tout organisme assureur de pharmacies d'officine qui :

i) Propose aux officines des contrats de prévoyance et/ou de santé qui respectent l'ensemble des garanties conventionnelles étendues concernant les régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité et/ou les régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine.

iii) s'engage à respecter les dispositions de la présente convention.

L'application de la convention à un nouvel organisme assureur se fera par simple avenant d'adhésion à la présente convention après validation par la commission de suivi technique paritaire, visée à l'article 2, à la condition que l'organisme concerné respecte les conditions ci-dessus. À compter de 2021, l'adhésion réalisée au cours d'un exercice ne peut pas avoir d'effet rétroactif en deçà du 1^{er} janvier de l'année de sa signature.

Article 2 | *Suivi technique des régimes à compter du 1^{er} janvier 2018*

2.1. La commission de suivi technique paritaire

Les parties conviennent de mettre en place, au bénéfice d'une commission *ad hoc*, un suivi technique des contrats de prévoyance et de frais de soins de santé du personnel non-cadre et cadre et assimilé des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.

Cette commission *ad hoc* (ci-après dénommée la commission de suivi technique paritaire ou CSTP), distincte de la sous-commission prévoyance émanant de la CPPNI, de la commission professionnelle émanant de KLESIA prévoyance, du comité de suivi technique émanant de l'AP-GIS, et le cas échéant, de toute commission de suivi propre à chaque assureur, sera créée spécifiquement et composée de membres issus des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs représentatives de la branche.

a) Désignation des membres de la CSTP

La CSTP est composée de la façon suivante :

- un collège des salariés composé de membres désignés par chacune des organisations syndicales de salariés reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ;
- un collège des employeurs composé de membres désignés par chacune des organisations syndicales d'employeurs reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.

b) Mission de la CSTP

La CSTP a pour mission le suivi de la mise en œuvre de la présente convention.

Pour lui permettre d'assurer cette mission, les représentants des organismes assureurs signataires ou adhérents de la convention rendent compte de manière complète, conformément aux annexes 1 à 3, de la situation des régimes.

La CSTP adresse à la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine (ci-après CPPNI) toutes propositions qui lui paraissent utiles notamment concernant *i* l'évolution des cotisations et les prestations des régimes de prévoyance et de santé des salariés de la pharmacie d'officine et *ii* l'évolution de la présente convention et des prélèvements à effectuer sur les réserves en application de la convention.

La CPPNI valide chaque année, sur la base du rapport de l'actuaire conseil de la CSTP, la bonne application de la présente convention et notamment, les prélèvements à effectuer sur les réserves pour l'ensemble des assureurs signataires ou adhérents à la convention, avec une ventilation des montants revenant à chaque assureur en application de la présente convention.

La CPPNI est seule décisionnaire pour toutes mesures concernant l'évolution des accords paritaires des régimes de prévoyance et de santé des salariés de la pharmacie d'officine et pour toutes propositions concernant la modification de la présente convention au nom des partenaires sociaux.

c) Fonctionnement de la CSTP

La CSTP se réunira au moins une fois par an selon le calendrier prévu par la CSTP.

Un actuaire conseil assiste la CSTP pour le suivi de la mise en œuvre de la présente convention, en particulier pour les vérifications relatives aux prélèvements à effectuer sur les réserves par les assureurs.

La CSTP peut également se faire assister d'un ou de plusieurs experts.

Afin de veiller au respect des principes de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement, l'actuaire conseil et chaque expert devront être indépendants des parties, et se conformer aux dispositions de l'article D. 912-11 du code de la sécurité sociale avant leur nomination et à chaque renouvellement.

Des représentants des assureurs signataires ou adhérents de la présente convention assistent aux réunions de la commission en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour.

Les décisions de la CSTP sont adoptées pour leur validité, conformément à l'article 30 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine dans sa rédaction en vigueur à la date de signature de la présente convention, c'est-à-dire au sein du collège employeur comme du collège salarié, par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives dont le poids cumulé est au moins égal à 50 % au regard des arrêtés fixant la liste des organisations professionnelles d'employeurs et des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche de la pharmacie d'officine.

2.2. Engagements des assureurs

Chaque assureur s'engage :

- à présenter à la commission de suivi technique paritaire avant le 30 juin de chaque année, et pour la première fois dans les 3 mois qui suivent la signature de la convention, selon les règles et le format précisés à l'annexe 1 de la présente convention :
 - les comptes de résultat par survenance des opérations (à adhésion obligatoire et facultative), relatives aux garanties de prévoyance et de frais de soins de santé qu'elles assurent en exécution des dispositions conventionnelles ;
 - une analyse technique par régime et par exercice de survenance ;
- à remettre chaque année à la commission de suivi technique paritaire, au moins 15 jours avant la présentation des comptes, les états de synthèse agrégés nécessaires à l'analyse des comptes selon les modalités précisées en annexe 2 ainsi que le rapport du tiers de confiance visé à l'annexe 2.

Il est précisé que la présentation des comptes selon le format visé ci-dessus n'entraîne aucune modification contractuelle dans le cadre des relations de chaque organisme assureur avec ses entreprises adhérentes. Elle ne remet pas en cause les dispositions contractuelles qui ont été librement négociées par chaque assureur, et notamment les dispositions en matière de chargements, rémunération financière, participation aux excédents, etc.

Les dispositions financières contractualisées avec chaque assureur demeurent inchangées et notamment :

- les dispositions négociées avec l'APGIS dans le cadre de la recommandation (convention d'assurance et protocole technique et financier) ;
- les dispositions proposées par KLESIA prévoyance.

Chaque assureur reste responsable à l'égard de ses adhérentes et de ses assurés des résultats et de l'établissement des comptes des opérations collectives obligatoires et facultatives qu'il assure. La présentation des comptes selon le format précisé en annexe 1 n'entraîne pas la mutualisation des résultats entre les assureurs.

Chaque assureur reste entièrement libre de fixer en fonction de ses propres orientations, les garanties et tarifs, les coûts et modalités de distribution, et les stratégies de communication à l'égard de ses adhérents, ses assurés et ses prospects dans le respect de l'article 5.

Aucun assureur ne peut recevoir, du fait de l'exécution de la présente convention, une information de nature à fausser le jeu de la libre concurrence ou susceptible de lui octroyer un avantage quelconque sur le marché de la prévoyance et des frais de soins de santé.

La présentation selon le format précisé à l'annexe 1 vise uniquement à permettre à la commission de suivi technique paritaire d'avoir une vision globale des résultats sur l'ensemble des entreprises assurées par les assureurs signataires ou adhérents de la présente convention afin de proposer les dispositions conventionnelles concernant la prévoyance et la santé du personnel non-cadre et cadre et assimilé en fonction des besoins qu'elle identifie et de suivre l'utilisation des réserves et la bonne application de la convention.

Article 3 | Utilisation des réserves

3.1. Montant des réserves au 31 décembre 2017

Les Parties conviennent que le montant des réserves au 31 décembre 2017 des régimes non-cadres et cadres et assimilés est irrévocablement et définitivement arrêté à la somme de 106 378 556 € ci-après distribuée :

- réserves non-cadre : 68 172 337 € ;
- réserves cadres et assimilés : 38 206 219 € ;

3.2. Évolution des réserves à compter du 1^{er} janvier 2018

À compter du 1^{er} janvier 2018 :

- les réserves sont alimentées :
 - des produits financiers sur provisions et réserves définis au 3.5 ci-après ;
 - de 85 % des boni-techniques cumulés constatés dans les comptes de suivi des engagements visé à l'annexe 3 net des dotations/reprises déjà effectuées^[1] pour chaque catégorie de personnel (non-cadres d'une part, cadres et assimilés d'autre part, étant précisé qu'il est mis en place une mutualisation prévoyance/santé pour chaque catégorie de personnel mais qu'il n'y a pas de mutualisation entre les catégories de personnel ;
- les réserves sont utilisées comme indiqué au 3.3 ci-après.

[1] Le principe de répartition des boni/mali cumulés en fonction des dotations/reprises déjà effectuées est précisé en annexe 3. Les boni/mali cumulés tiennent compte du boni de 31,1 millions constaté en 2018.

3.3. Règles d'utilisation des réserves

3.3.1. Principes

L'ensemble des parties signataires ou adhérents à la présente convention conviennent que les réserves constituées grâce aux cotisations des entreprises et des salariés de la branche, doivent être utilisées dans l'intérêt de l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche conformément aux dispositions de la présente convention, dans le respect du principe d'égalité entre toutes les entreprises et tous les salariés.

KLESIA prévoyance s'engage en conséquence à régler chaque année à chaque assureur signataire ou adhérent de la présente convention les montants correspondants à la quote-part lui revenant et à inscrire dans ses comptes le montant lui revenant conformément à l'article 2.1.

À la suite des ajustements de réserves, le montant des provisions, ci-dessous détaillées, au 1^{er} janvier 2018 des régimes non-cadres et cadres et assimilés est irrévocablement et définitivement arrêté à la somme de 187 474 413 € pour le régime non-cadre et 62 152 791 € pour le régime cadre.

Cette somme résulte des opérations suivantes :

- provisions techniques prévoyance non-cadre : 160 834 671 € ;
- prévoyance non-cadre : 5 774 909 € ;
- provisions mathématiques santé non-cadre : 16 622 483 € ;
- PSAP santé non-cadre : 4 242 350 € ;
- provisions techniques prévoyance cadre : 55 440 947 € ;
- PSAP prévoyance cadre : 3 914 831 € ;
- provisions mathématiques santé cadre : 447 013 € ;
- PSAP santé cadre : 2 350 000 €.

À compter du 1^{er} janvier 2018, les parties conviennent que :

■ Les réserves peuvent être utilisées, dans la limite de leur montant :

a) Pour financer les aménagements de garanties décidées par les partenaires sociaux dans le cadre des dispositions conventionnelles ; cette utilisation se fait selon les règles précisées au 3.3.2 ci-après.

b) Pour financer les pertes techniques éventuelles du compte de suivi des engagements du passé au 31 décembre 2017 défini à l'annexe 3 et pour financer les éventuels changements réglementaires ou conventionnels à compter du 1^{er} janvier 2020 ; cette utilisation se fait selon les règles précisées au 3.3.3 ci-après.

c) Pour financer les différences de risques éventuels entre le périmètre des entreprises assurés par l'organisme recommandé et l'ensemble des entreprises de la branche selon les modalités précisées en annexe 1.IV ; ce financement est justifié car l'assureur recommandé doit accepter toutes les entreprises de la branche, sans aucune sélection, au tarif prévu par l'accord de branche.

d) Pour financer les prestations payées par un assureur aux officines et aux salariés des officines qui ont adhéré à cet assureur au 1^{er} janvier 2018 et qui n'ont pas payé de cotisations suite à un contentieux avec l'ancien assureur désigné concernant la résiliation au 1^{er} janvier 2018.

e) Pour financer les indemnités complémentaires prévues à l'article 2 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de « Covid-19 » en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine selon les modalités précisées au 3.3.4 ci-après.

3.3.2. Financement des améliorations de garanties

A. À compter du 1^{er} janvier 2018, il est convenu que les réserves continuent notamment d'être utilisées pour financer les aménagements de garanties décidées par la CPPNI. Les montants à prélever sur les réserves cadre et non-cadre, dans la limite de leurs montants respectifs, sont définis comme suit :

A1. Montant à prélever sur les réserves du personnel non-cadre :

- 15 % de la charge des prestations santé du personnel non-cadres (prestations payées dans l'année et variation des provisions pour prestations à payer) au titre des régimes conventionnels frais de soins du personnel non-cadres pour les survenances 2018 et 2019 nette des prestations visées au C ci-dessous ;
- pour la survenance 2020, la liste des postes du régime de base conventionnel frais de santé du personnel non-cadre pouvant faire l'objet d'un financement par les réserves sera précisée par avenant à la présente convention, l'objectif étant que la somme des prestations relatives aux postes identifiés représente 15 % de la charge des prestations du régime conventionnel frais de santé du personnel non-cadres défini aux annexes IV.1 et IV.3 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ;
- la liste des postes et le pourcentage de la charge de prestations financées par les réserves des régimes de prévoyance du personnel non-cadre pourront ensuite être ajustés par avenant au présent accord pour les survenances 2021 et postérieures. À défaut, s'appliqueront les dispositions de l'année précédente.

A2. Montant à prélever sur les réserves du personnel cadre et assimilé :

- 14 % de la charge des prestations santé du personnel cadre et assimilé cadre (prestations payées dans l'année et variation des provisions pour prestations à payer) au titre des régimes conventionnels frais de santé du personnel cadre et assimilé pour les survenances 2018 et 2019 ;
- majoré de 100 % des prestations payées dans l'année au titre de la garantie maternité-paternité du régime de base conventionnel du personnel cadre et assimilé (RPO) ;
- pour la survenance 2020, la liste des postes du régime de base conventionnel frais de santé du personnel cadre et assimilé pouvant faire l'objet d'un financement par les réserves sera précisée par avenant à la présente convention, l'objectif étant que la somme des prestations relatives aux postes identifiés représente 10 % de la charge des prestations du régime conventionnel frais de santé du personnel cadre et assimilés défini aux annexes IV.2 et IV.3 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine, majoré de 100 % des prestations payées dans l'année au titre de la garantie maternité-paternité du régime de base conventionnel du personnel cadre et assimilé (RPO) ;
- la liste des postes et le pourcentage de la charge de prestations financées par les réserves des régimes de prévoyance pourront ensuite être ajustés par avenant au présent accord pour les survenances 2021 et postérieures. À défaut, s'appliqueront les dispositions de l'année précédente.

B. En outre, afin de compenser le déficit comptable constaté en 2018 et 2019 sur l'arrêt de travail non-cadre du fait de l'impact des provisions, un système de lissage est mis en place.

Ce système permet à chaque assureur signataire ou adhérent à la présente convention de bénéficier d'un prélèvement spécifique sur les réserves du personnel non-cadre égal au déficit comptable, constaté dans les comptes au 31 décembre 2018, du régime conventionnel du personnel non-cadre, au titre des risques prévoyance, pour la survenance 2018, dans la limite de 20 % des cotisations prévoyance 2018 du régime conventionnel du personnel non-cadre.

Un prélèvement similaire pourra être mis en œuvre au titre de la survenance 2019 en fonction du déficit comptable constaté dans les comptes au 31 décembre 2019 des régimes convention-

nels du personnel non-cadre dans la limite de 10 % des cotisations prévoyance 2019 du régime conventionnel du personnel non-cadre.

En contrepartie, à compter de 2020, le prélèvement annuel sur les réserves sera minoré, pendant 5 ans, à hauteur de 20 % de ces prélèvements exceptionnels majorés de produits financiers calculés en appliquant le taux défini au 3.5.3 ci-après pour chaque année avec capitalisation des intérêts^[1].

Dans l'hypothèse où un assureur n'assurera plus de pharmacies d'officine dans les 5 ans, ou si le prélèvement d'une année est inférieur à 20 % des prélèvements exceptionnels, l'assureur remboursera la part du prélèvement exceptionnel qui ne peut pas être compensé par le prélèvement de l'année.

C. Les prestations santé payées par un assureur, autre que KLESIA prévoyance, pour les personnes en arrêt de travail indemnisées par KLESIA prévoyance au titre d'un arrêt de travail antérieur au 31 décembre 2017 seront remboursées chaque année par KLESIA prévoyance et imputées sur le compte de suivi des engagements existant au 31 décembre 2017. Les prestations prises en compte sont les prestations santé payées pendant la durée de l'arrêt de travail uniquement.

D. Les montants à prélever chaque année sur les réserves au titre du financement des aménagements de garanties (cf. point A ci-dessus) et les montants visés au B et C ci-dessus sont définis sur la base des comptes réalisés par chaque assureur en application de l'article 2 de la présente convention et présentés à la CSTP.

Les prélèvements mentionnés aux A1 et A2 pourront être ajustés en 2021 en fonction des évolutions de garantie et du 100 % santé et pourront être ensuite ajustés chaque année par voie d'avenant à la présente convention sur proposition de la CSTP en fonction des évolutions de couvertures et cotisations décidées par la CPPNI et de l'évolution de la sinistralité.

Il est précisé que les prestations à prendre en compte sont les prestations relatives aux régimes conventionnels définis par accord collectif par les partenaires sociaux (annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la CCN) à compter de leur date entrée en vigueur, étant précisé qu'un délai minimum de 6 mois devra en toute hypothèse être prévu entre la date de signature de l'accord actant les modifications et la date d'entrée en vigueur pour permettre aux assureurs d'adapter les prestations. Par dérogation ce délai n'est pas applicable pour les modifications liées à des mises en conformité réglementaires ou à la prise en charge des arrêts « Covid-19 ».

En contrepartie, la CPPNI s'engage à communiquer les accords ou avenants révisant les garanties conventionnelles aux assureurs signataires ou adhérents dans les 15 jours suivants la date de leur ouverture à la signature. À défaut, le délai de 6 mois prévu pour permettre aux assureurs d'adapter les prestations sera prorogé du nombre de jours de retard. Pour le premier exercice, le délai de 6 mois s'applique à compter de la date de signature de la présente convention^[2].

Les assureurs sont libres de proposer des prestations supérieures aux prestations conventionnelles, ces prestations ne peuvent toutefois pas donner lieu à financement par les réserves. De même, le fait pour un assureur de ne pas appliquer les prestations conventionnelles avant la date d'extension par arrêté ministériel n'exclut par l'assureur du bénéfice de la présente convention,

[1] Le prélèvement 2020 est minoré de 20 % des prélèvements exceptionnels $\times (1 + \text{taux } 2019)$.

Le prélèvement 2021 est minoré de 20 % des prélèvements exceptionnels $\times (1 + \text{taux } 2019) \times (1 + \text{taux } 2020)$ etc.

Avec $\text{taux } 2019 = x \% \text{ du taux l'actif général KLESIA prévoyance } 2019$ ($x \% = 70 \% \text{ si taux de l'actif général KLESIA prévoyance } 2019 \text{ est } > 2 \% ; 85 \% \text{ sinon}$).

Et $\text{taux } 2020 = y \% \text{ du taux l'actif général KLESIA prévoyance } 2020$ ($y \% = 70 \% \text{ si taux de l'actif général KLESIA prévoyance } 2020 \text{ est } > 2 \% ; 85 \% \text{ sinon}$).

[2] Pour 2020, KLESIA s'engage à corriger les remboursements optiques et dentaires en conformité avec les garanties du régime conventionnel.

en revanche, l'assureur ne pourra pas bénéficier d'un financement par les réserves des prestations qui ont été réduites par avenant conventionnel. Dans tous les cas les prestations prises en compte sont limitées aux prestations réellement payées (un assureur qui applique avec retard une amélioration de garanties ne peut bénéficier d'une prise en charge par les réserves des prestations reconstituées sur la base des garanties améliorées).

3.3.3. Financement des pertes techniques des comptes de suivi des engagements au 31 décembre 2017 et des changements réglementaires ou conventionnels à compter du 1^{er} janvier 2020

Comme défini à l'annexe 3, 100 % du solde débiteur cumulé du compte de suivi des engagements passé net des dotations/reprises déjà effectuées sera prélevé sur les réserves de la catégorie de personnel concernée dans la limite de son montant.

Par ailleurs, les parties pourront décider de financer par prélèvement sur les réserves dans la limite de leur montant, les changements réglementaires ou conventionnels impliquant une augmentation de la charge de prestations.

Ces prélèvements sur les réserves seront présentés à la CSTP sur la base des comptes réalisés par les assureurs en application de l'article 2 de la présente convention.

3.3.4. Financement des arrêts de travail liés au « Covid-19 »

Les indemnités complémentaires prévues à l'article 2 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de « Covid-19 » en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine sont financées par les réserves de la catégorie de personnel concernée pour les arrêts dont la survenance interviendra entre le 10 mars et le 31 mai et dont la période indemnisée finit au plus tard le 31 mai 2020, sauf prolongation des mesures exceptionnelles liées au « Covid-19 » qui pourraient être décidées par avenant à l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de « Covid-19 ».

Pour ce faire, les assureurs signataires ou adhérents à la convention devront produire le fichier des prestations payées par catégorie de personnel (non-cadre d'une part et cadres et assimilés d'autre part) pour les arrêts de travail concernés avec la date de survenance de l'arrêt, la date de début d'indemnisation et de fin d'indemnisation et le montant payé., en complément des données visées à l'annexe 2.

3.4. Compte de suivi des réserves

KLESIA prévoyance établit chaque année et remet à la CSTP avant le 30 juin N + 1, un compte de suivi des réserves au 31 décembre N pour les réserves des régimes non-cadres d'une part et les réserves des régimes cadres et assimilés d'autre part.

Par dérogation, le compte de suivi des réserves au 31 décembre 2018 sera présenté avant le 30 septembre 2020.

Ce compte se présente comme suit pour les réserves de chaque catégorie de personnel :

■ Au crédit :

- le montant de la réserve constituée au 31 décembre N – 1 ;
- la part des produits financiers sur provisions et réserves allouée aux réserves calculée selon les modalités visées ci-dessous (cf. 3.5.3) ;
- 85 % du solde créditeur cumulé du compte de suivi des engagements passés défini à l'annexe 3 net des dotations/reprises déjà effectuées ;

■ Au débit :

Dans la limite du montant des réserves :

- 100 % du solde débiteur cumulé du compte de suivi des engagements passés défini à l'annexe 3 net des dotations/reprises déjà effectuées ;
- les prélèvements prévus au c et d du 3.3.1 (différence de risque et impayés 2018 suite à contentieux), au 3.3.2 (financement des améliorations de garanties), 3.3.3 (financement des pertes techniques et des changements réglementaires et conventionnels) et 3.3.4 (financement des arrêts de travail liés au « Covid-19 ») ci-dessus.

3.5. Produits financiers sur provisions et réserves

3.5.1. Produits financiers sur provisions et réserves

À compter du 1^{er} janvier 2018, KLESIA prévoyance calculera chaque année les produits financiers sur provisions et réserves, pour les régimes des non-cadres d'une part et les régimes des cadres et assimilés d'autre part, en appliquant au montant des réserves au 1^{er} janvier et des provisions portées au crédit du compte de suivi des engagements passés, visé à l'annexe 3 (ci-après les provisions d'ouverture) 100 % du taux de rendement de l'actif général de KLESIA prévoyance de l'année.

3.5.2. Intérêts techniques

Les intérêts techniques de l'année sont calculés en appliquant aux provisions d'ouverture le taux technique réglementaire utilisé pour le calcul de ces mêmes provisions.

3.5.3. Produits financiers alloués aux réserves

Les produits financiers sur provisions et réserves sont alloués aux réserves (cf. 3.4).

Chaque année, un pourcentage de la différence entre les produits financiers sur provisions et réserves visés au 3.5.1 et les intérêts techniques visés au 3.5.2 alimentent les réserves ; ce pourcentage est fixé à 70 % si le taux de rendement de l'actif général de KLESIA prévoyance de l'année est supérieur à 2 % ; il est fixé à 85 % si le taux de rendement de l'actif général de KLESIA prévoyance de l'année est inférieur ou égal à 2 %.

Article 4 | *Date d'effet. Durée. Terme*

4.1. Durée

La présente convention prend effet rétroactivement à compter du 1^{er} janvier 2018 pour une durée déterminée qui prendra fin le 31 décembre de l'année qui constatera l'extinction des réserves selon les modalités visées à l'article 3.

4.2. Renouvellement

À défaut de dénonciation 3 mois avant l'arrivée du terme susvisé, la convention se renouvellera par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année étant précisé que toutes les dispositions relatives à l'utilisation des réserves ne s'appliqueront plus.

Elle pourra alors être résiliée chaque année à compter de son renouvellement, par chaque partie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'ensemble des autres parties, au moins deux (2) mois avant la date de renouvellement.

Article 5 | Communication

Les parties conviennent de mettre en place, dans les 6 mois qui suivent la signature de la convention, un dispositif permettant d'informer l'ensemble des officines des dispositions de la présente convention concernant l'utilisation des réserves.

Tout au long de l'exécution de la présente convention, les parties s'interdisent *i* de communiquer par tout support sur la présente convention, en dehors des communications validées unanimement par les signataires de la présente convention, et *ii* de porter atteinte à la réputation d'une autre partie, par ses propos ou ses écrits.

Plus généralement, les parties s'engagent les unes à l'égard des autres, à adopter une attitude de modération et de mesure tant dans les rapports entretenus en leur sein que dans le cadre de leur communication extérieure.

Article 6 | Résolution des conflits

6.1. Contestation

Conformément aux dispositions de l'article 2254 du code civil, les parties conviennent que toute contestation relative à l'exécution, l'interprétation ou la validité de la présente convention doit être soulevée dans le délai de 12 mois à compter de l'événement qui y donne naissance ou à compter de la date à laquelle la partie qui le conteste en a eu connaissance.

Les comptes de suivi technique visés à l'article 2 et les comptes de suivi des engagements passés visés à l'article 3 qui n'auront pas fait l'objet d'une contestation dans les 6 mois de leur présentation seront présumés acceptés.

6.2. Tentative de rapprochement

6.2.1. En cas de différend concernant l'exécution, l'interprétation ou la validité de la présente convention, les parties s'engagent à se réunir et à échanger de manière loyale et confidentielle pour tenter de trouver une solution amiable dans le respect de l'intérêt de l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche.

Elles s'obligent à consacrer un minimum de 3 réunions et 30 jours à la recherche d'une résolution amiable du différend et à conserver un caractère strictement confidentiel à leurs échanges.

6.3. Médiation et avis technique

À défaut de rapprochement dans le cadre des démarches visées à l'article 6.2 ci-dessus, en cas de différend concernant l'exécution, l'interprétation ou la validité de la présente convention, les parties conviennent préalablement à toute procédure judiciaire, de solliciter une médiation telle que prévue par le règlement de médiation de CEFAREA ARIAS France en vigueur à la date du différend, pour trancher toutes les contestations pouvant s'élever entre elles, pour quelle que cause que ce soit, dans un délai de 3 mois.

Le règlement de médiation CEFAREA ARIAS France en vigueur à la date de signature de la présente convention est ci-après annexé (annexe 4).

Concomitamment, les parties conviennent de solliciter un avis technique en organisant une expertise *ad hoc*.

À cette fin, les parties en désaccord désignent un expert indépendant choisi en raison de ses compétences au regard du sujet traité. Les 2 premiers experts choisissent le 3^e expert.

Le collège ainsi constitué peut se faire communiquer tout document, rencontrer tout sachant, aux fins de l'éclairer sur le différend soulevé entre les parties.

Il doit rendre son avis et le communiquer à l'ensemble des parties signataires de la convention. Cet avis pourra être utilisé par les parties pour les étapes suivantes. En revanche, il ne lie pas les parties.

Chaque partie garde à sa charge les frais de l'expert qu'il a désigné et supporte par moitié les frais d'expertise supplémentaires.

Cette phase de médiation et d'avis technique doit se dérouler dans un délai maximum de 4 mois.

6.4. Renonciation

Quelle que soit l'étape visée au présent article, les parties conviennent expressément qu'elles entendent mener à son terme l'exécution de la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, au besoin en recourant à toute mesure d'exécution forcée.

Par conséquent :

- chaque partie s'interdit de demander la rupture anticipée de la convention avant extinction totale des réserves ;
- chaque partie s'interdit de solliciter la résiliation amiable de la convention, sans l'accord unanime de parties ;
- par dérogation à l'article 1224 du code civil, chaque partie s'interdit de solliciter la résolution judiciaire pour inexécution.

6.5. Droit applicable. Attribution de compétence

La présente convention est régie par le droit français et tout différend entre les parties relatif à l'existence, la validité, l'interprétation, l'exécution des présentes sera soumis au tribunal de grande instance de Paris sous réserve que soient respectées les modalités suivantes : le tribunal de grande instance ne pourra pas être saisi tant que les différentes étapes prévues aux 6.1 à 6.2 n'ont pas été menées à leur terme.

Article 7 | Annexes techniques

Les annexes ci-après précisent les règles et modalités de mise en œuvre de la présente convention et des engagements pris par les parties. Elles font partie intégrante de la présente convention.

Annexe 1. – Règles de présentation des comptes de résultat par survenance

Annexe 2. – Liste des données nécessaires à l'analyse des comptes par survenance

Annexe 3. – Règles de présentation des comptes de suivi des engagements passés

Annexe 4. – Règlement de médiation de la CEFAREA ARIAS France en vigueur au 31 décembre 2019.j

Fait à Paris, le 10 avril 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Règles de présentation des comptes de résultat par survenance

Chaque assureur signataire ou adhérent de la convention présente à la commission de suivi technique paritaire avant le 30 juin de chaque année les comptes de résultat par survenance des contrats de prévoyance et de frais de soins de santé qu'il assure en application des dispositions conventionnelles (annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la CCN de la pharmacie d'officine).

Par dérogation :

- les comptes 2018 sont fournis dans les 3 mois suivants les signatures de la convention, dans le format existant ;
- pour les assureurs qui adhéreront à la convention en 2020 selon les dispositions prévues à l'article 1^{er}, les comptes des années 2018 et 2019 sont fournis dans les 3 mois suivant l'adhésion à la convention ; lorsque en application de ces dispositions dérogatoires l'assureur fournit ses comptes selon un calendrier non compatible avec la validation annuelle par la CPPNI telle que prévu à l'article 2, les prélèvements au titre des années 2018 et 2019 pour cet assureur seront validés en 2021, en même temps que la validation des prélèvements au titre de l'année 2020 de l'ensemble des assureurs ^[1].

Les parties se laissent la possibilité d'ajuster les tableaux de suivi en fonction de l'expérience.

Les documents sont établis conformément aux règles ci-après :

I. Les différents niveaux de comptes et périmètres de mutualisation

Chaque compte tient compte des résultats de l'ensemble des entreprises, salariés, anciens salariés et leurs ayants droit assurés par l'assureur au titre d'un des régimes conventionnels prévus par l'annexe IV.1, IV.2 ou IV.3 de la convention collective de la pharmacie d'officine pour les engagements prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2018 (sauf pour KLESIA remplissage de ces tableaux également pour les engagements passés).

Sont à distinguer pour chaque assureur 4 périmètres de mutualisation :

a) Le compte de résultat du régime de prévoyance du personnel non-cadre

Ce compte consolide les résultats de l'ensemble des salariés non-cadres couverts par le régime conventionnel prévoyance non-cadres proposé par l'organisme assureur (régime de prévoyance conforme à l'annexe IV.1).

b) Le compte de résultat du régime santé du personnel non-cadres

Ce compte consolide les résultats de l'ensemble des salariés non-cadres, anciens salariés non-cadre et adhérents facultatifs au régime frais de santé non-cadres couverts par le régime

[1] Exemple 1 : un assureur adhère à la convention le 20 septembre 2020. Il fournit les comptes relatifs aux exercices 2018 et 2019 avant le 20 décembre 2020 (calendrier dérogatoire) et les comptes 2020 avant le 30 juin 2021. Les prélèvements au titre de l'année 2018 et 2019 pour cet assureur seront validés par la CPPNI en 2021, en même temps que la validation des prélèvements 2020 pour l'ensemble des assureurs.

Exemple 2 : un assureur adhère à la convention en 2021. Il n'est pas éligible aux prélèvements au titre des années 2018, 2019, 2020. Il fournit les comptes relatifs à l'exercice 2021 avant le 30 juin 2022 (calendrier habituel). Les prélèvements au titre de l'année 2021 pour cet assureur seront validés par la CPPNI en 2022, en même temps que la validation des prélèvements 2021 pour l'ensemble des assureurs.

conventionnel santé non-cadres proposé par l'organisme assureur (régime santé conforme à l'annexe IV.1) avec un détail par population et par niveau de couverture :

- compte santé du régime de base des salariés non-cadres ;
- compte santé des adhérents facultatifs au régime de base non-cadres y compris anciens salariés ;
- compte santé du régime de base non-cadres (somme des 2 comptes précédents) ;
- compte santé du régime supplémentaire des salariés non-cadres ;
- compte santé des adhérents facultatifs au régime supplémentaire non-cadres y compris anciens salariés ;
- compte santé du régime supplémentaire non-cadres (somme des 2 comptes précédents) ;
- compte santé non-cadres (somme du compte santé du régime de base et du régime supplémentaire non-cadres).

c) Le compte de résultat du régime de prévoyance du personnel cadres et assimilés

Ce compte consolide les résultats de l'ensemble des salariés cadres et assimilés couverts par le régime conventionnel prévoyance cadres proposé par l'organisme assureur (régime de prévoyance conforme à l'annexe IV.2, RPO, RSF et RSF +) avec un détail par niveau de couverture :

- compte prévoyance du régime de base cadres et assimilés (RPO) ;
- compte prévoyance du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF +) ;
- compte prévoyance cadres et assimilés (somme des 2 comptes précédents).

d) Le compte de résultat du régime santé du personnel cadres et assimilés

Ce compte consolide les résultats de l'ensemble des salariés non-cadres, anciens salariés non-cadre et adhérents facultatifs couverts par le régime conventionnel santé cadres proposé par l'organisme assureur (régime santé conforme à l'annexe IV.2) avec un détail par niveau de couverture et par population :

- compte santé du régime de base des salariés cadres et assimilés ;
- compte santé des adhérents facultatifs au régime de base des cadres et assimilés y compris anciens salariés ;
- compte santé du régime de base cadres et assimilés (compte santé RPO = somme des 2 comptes précédents) ;
- compte santé du régime supplémentaire des salariés cadres et assimilés ;
- compte santé des adhérents facultatifs au régime supplémentaire cadres et assimilés y compris anciens salariés ;
- compte santé du régime supplémentaire cadres et assimilés (compte santé RSF = somme des 2 comptes précédents) ;
- compte santé cadres et assimilés (somme du compte santé RPO + compte santé RSF).

II. Présentation des comptes de résultat santé par survenance

Les comptes santé par survenance se présentent comme suit pour chaque régime/population/niveau de couverture (soit 7 comptes non-cadres et 7 comptes cadres selon découpage précisé au b et d du I ci-dessus).

Compte santé par survenance

Organisme assureur : _____
 Population assurée : _____
 Niveau de couverture : _____

	Année de survenance						
		< N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N
Cotisations acquises HT							
Chargements*							
Cotisations nettes = C							
Prestations versées à fin N dont versées en N dont versées en N+1 dont versées en N+2 dont versées en N+3 et +							
Forfait médecin traitant							
PPAP au 31/12/N							
Charges de prestations = P							
Résultat vu fin N = C – P							
P / C vu fin N							
PM maintien gratuit et exo au 31/12/N = PM							
(P + PM) / C vu fin N							

* Les chargements à indiquer sont les chargements de l'organisme
 P/C inclus maintien gratuit 31/12/N

Organisme assureur : _____	Stock au 31/12/N-1 ¹	Stock au 31/12/N
Population assurée : _____		
Niveau de couverture*(RPO ou RSF) : _____		
Nombre d'entreprise adhérentes		
Nombre d'assurés		
dont nombre d'assurés bénéficiant du régime Alsace Moselle		
dont nombre d'assurés en portabilité		
Dont nombre d'assurés multi-employeur*		
Age moyen calculé par différence de millésime		
Nombre de conjoints		
Nombre d'enfants		
Nombre d'assurés ayant consommé pour eux-mêmes ou ayants-droits		
Nombre d'assurés provisionnés au titre de l'exonération ou des maintiens gratuits		

- remplissage en fonction des informations disponibles

(1) Les chiffres au 31/12/N-1 sont ceux constatés au 31/12/N-1 ; ils ne sont pas remis à jour en N.

III. Présentation des comptes de résultat prévoyance par survenance

Les comptes prévoyance par survenance se présentent comme suit pour chaque régime/
 population/niveau de couverture (soit un compte non-cadre et 3 comptes cadres comme indiqué
 au a et c du I ci-dessus).

(Voir page suivante.)

Compte prévoyance par survenance

Organisme assureur : _____
 Population assurée : _____
 Niveau de couverture : _____

	Décès						Incap/Inval/mater/pater						Total Prév					
	Année de survenance																	
	N-<4	N-4	N-3	N-2	N-1	N	N-<4	N-4	N-3	N-2	N-1	N	N-<4	N-4	N-3	N-2	N-1	N
Cotisation acquises																		
Chargements*																		
Cotisations nettes = C																		
Prestations versées à fin N <i>dont versées en N</i> <i>dont versées en N+1</i> <i>dont versées en N+2</i> <i>dont versées en N+3</i> <i>dont versées en N+4</i> <i>dont versées en N+5</i> <i>et +</i>																		
PPAP au 31/12/N																		
PM au 31/12/N																		
PSI au 31/12/N																		
Charges de prestations = P																		
Résultat vu fin N = C – P																		
P / C vu fin N																		
PM exo décès = PM																		
(P + PM) / C vu fin N																		

* Les chargements à indiquer sont les chargements de l'organisme

Organisme assureur : _____
 Population assurée : _____
 Niveau de couverture : _____

	Au 31/12/N-1	Au 31/12/N
Nombre d'entreprises assurées		
Nombre de capitaux décès versés au 31/12		
Nombre de capitaux prédécès versés au 31/12		
Nombre de capitaux décès restant à verser au 31/12*		
Nombre de capitaux prédécès restant à verser au 31/12*		
Nombre de rentes d'éducation en cours au 31/12		
Nombre d'assurées en maternité avec IJ maternité en cours au 31/12		
Nombre d'IT en cours au 31/12		
Nombre d'IP1 en cours au 31/12		
Nombre d'IP2 en cours au 31/12		
Nombre d'IP3 en cours au 31/12		

*Si informations disponibles

(Voir page suivante.)

IV. Calcul des différences de risques

Les différences de risque sont mesurées notamment par :

i) La différence d'âge moyen.

ii) La différence de taux d'assurés bénéficiant du maintien de garantie au titre de la portabilité.

Compensation des différences de risque liées à l'âge : s'il existe un écart de plus de 1 an entre l'âge moyen des assurés cadres (/non-cadres) de l'organisme recommandé (par catégories cadres/assimilés et non-cadres) et l'âge moyen de l'ensemble des assurés (par catégories cadres/assimilés et non-cadres) figurant dans le rapport économique et social de la branche de la pharmacie d'officine mentionné à l'article D. 2241-1 du code de travail, l'assureur recommandé bénéficie d'un prélèvement sur réserve égale à :

- 3,0 % des cotisations prévoyance de la population concernée multiplié par l'écart d'âge ;
- 1,8 % des cotisations santé de la population concernée multiplié par l'écart d'âge.

Compensation des différences de risques liés au taux de salariés bénéficiant de la portabilité : s'il existe écart de plus de 1 point entre le taux des assurés (par catégories cadres/assimilés et non-cadres) en portabilité de l'organisme recommandé et le taux des assurés (par catégories cadres/assimilés et non-cadres) en portabilité de l'ensemble des assureurs signataires de la convention, l'assureur recommandé bénéficie d'un prélèvement sur réserve égal aux cotisations prévoyance et santé de la catégorie de personnel concerné multiplié par l'écart de taux des assurés en portabilité de la catégorie de personnel concernée.

Annexe 2 Liste des données nécessaires à l'analyse des comptes par survenance et contrôles à effectuer par le tiers de confiance

Dans les 3 mois qui précèdent la présentation des comptes, chaque assureur présente à la CSTP 3 noms choisis sur la liste des commissaires aux comptes inscrits à l'ordre, afin qu'elle désigne et notifie à chaque assureur le nom retenu sur cette liste en qualité de tiers de confiance. Les honoraires du tiers de confiance sont pris en charge par chaque assureur pour les travaux qui le concernent.

Au moins 30 jours avant la présentation des comptes, chaque assureur remet au tiers de confiance désigné, sur fichiers informatiques (fichier Excel) :

- les comptes et états de synthèse qui seront présentés à la CSTP ;
- accompagnés des informations ci-après décrites aux points I et III sur fichiers informatiques (fichier Excel).

Le tiers de confiance a pour mission de valider la cohérence entre les documents communiqués à la CSTP (comptes visés à l'annexe 1 et états de synthèse visée à l'annexe 2, et annexe 3 concernant KLESIA prévoyance) et les informations détaillées qui ne sont pas communiquées.

Au moins 15 jours avant la présentation des comptes, chaque assureur transmet à la CSTP sur fichiers informatiques (fichier Excel) les comptes et états de synthèses décrits aux points II et IV qui seront présentés, accompagnés d'une attestation du tiers de confiance.

Par dérogation, les données au 31 décembre 2018 sont fournies avant le 30 septembre 2020.

I. Données à fournir en santé au tiers de confiance et contrôle à effectuer

L'assureur communique au tiers de confiance notamment :

Pour chaque régime (régime de base et régime supplémentaire) et pour chaque catégorie de personnel (cadres et assimilés d'une part et non-cadres d'autre part) :

- fichier des cotisations N par entreprise avec les informations suivantes (identifiant anonymisé par entreprise/collège/date comptable/trimestre et exercice de survenance/montant des cotisations) ;
- fichier des cotisations N par individus pour les adhésions individuelles avec les informations suivantes (identifiant anonymisé par individu/régime/régime sécurité sociale (régime général ou Alsace-Moselle)/ date comptable/exercice de survenance/montant des cotisations) ;
- fichier des prestations par entreprise (avec un identifiant anonymisé par entreprise/régime/identifiant anonymisé assuré/identifiant anonymisé bénéficiaire/type de bénéficiaire/date de soins/date de paiement/famille d'acte/type d'acte/acte/rais réel/remboursement sécurité sociale/remboursement du régime/autre remboursement) ;
- fichier des prestations par individu pour les adhésions individuelles et adhérents facultatifs (avec le régime/identifiant anonymisé assuré/identifiant anonymisé bénéficiaire/type de bénéficiaire/date de soins/date de paiement/famille d'acte/type d'acte/acte/frais réel/remboursement sécurité sociale/remboursement du régime/autre remboursement) ;
- fichier des personnes protégées en santé au 31 décembre N ;
- fichier des provisions pour exonérations et maintiens gratuits avec les données suivantes :
 - identifiant de l'assuré (anonymisé) ;

- catégorie de personnel ;
- date de survenance de l'arrêt ;
- type d'arrêt (IT/IP2, IP2, IP3...) ;
- date de naissance ;
- montant de la provision au 31 décembre N.

Le tiers de confiance effectue notamment des contrôles suivants :

- cohérence entre les montants figurant dans les comptes et états de synthèse établis pour la CSTP avec les données détaillées :
 - a) Cohérence des cotisations par catégorie.
 - b) Cohérence des prestations par catégorie.
 - c) Cohérences des provisions.
 - d) Cohérence du nombre d'entreprises adhérentes.
 - e) Cohérence des effectifs assurés dont AM et portabilité, conjoints, enfants, âge moyen des assurés par catégorie ;
- nombre d'entreprises avec prestations santé mais sans cotisations santé pour les cadres/ pour les non-cadres ;
- nombre d'individus en adhésion individuelle avec prestations santé sans cotisations santé pour les cadres/pour les non-cadres ;
- liste des individus bénéficiant d'un maintien gratuit en cohérence avec la liste N-1 est les prestations payées au titre de l'arrêt de travail ;
- pour KLESIA prévoyance, bonne affectation des prestations et provisions entre le compte de suivi des engagements passés visé à l'annexe 3 et le compte par survenance pour les survenances 2018 et postérieures.

En outre, le tiers de confiance effectue des contrôles aléatoires pour vérifier que les prestations payées sont conformes aux garanties conventionnelles santé pour chaque catégorie de personnel.

II. États de synthèse à fournir en santé à la commission de suivi technique paritaire

- copie des notices d'informations des régimes conventionnels assurés par l'organisme (pour l'exercice en cours) ;
- pour chaque régime (régime de base et régime supplémentaire), pour chaque catégorie de personnel et chaque population assurée (salariés, les anciens salariés et les adhérents facultatifs) les tableaux donnant par survenance (limité à 3 années), par famille d'actes et type de bénéficiaires (salariés couverts par le régime, conjoints, enfants) les montants suivants :

(Voir page suivante.)

Organisme assureur : _____
 Date d'arrêté comptable : _____
 Exercice de survenance : _____
 Population : _____
 Nombre de bénéficiaire au 31/12/N : _____

	Nombre d'actes	Frais réel	BRSS	RSS	RC Base	RC Sup
o frais pharmaceutiques						
<input type="checkbox"/> médicaments remboursés à 65% par le RO	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> médicaments remboursés à 30% par le RO	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> médicaments remboursés à 15% par le RO	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> médicaments non remboursés	<input type="checkbox"/>					
o dispositifs médicaux,						
<input type="checkbox"/> prothèses auditives	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> petit appareillage	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> gros appareillage	<input type="checkbox"/>					
o dentaire						
<input type="checkbox"/> soins dentaires,	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> inlay onlay	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> prothèses dentaires 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> prothèses dentaires remboursées SS hors 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> prothèses dentaires non remboursées SS	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> orthodontie remboursée SS	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> orthodontie non remboursée SS	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Implants	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Parodontie	<input type="checkbox"/>					
o consultations et visites généralistes						
<input type="checkbox"/> <i>praticien CAS/ OPTAM/ OPTAM CO*</i>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> <i>praticien non CAS/ non OPTAM/ non OPTAM CO*</i>	<input type="checkbox"/>					
o consultations et visites spécialistes						
<input type="checkbox"/> <i>praticien CAS/ OPTAM/ OPTAM CO*</i>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> <i>praticien non CAS/ non OPTAM/ non OPTAM CO*</i>	<input type="checkbox"/>					
o optique						
<input type="checkbox"/> monture 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> verres simples 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> verres complexes 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> verres hyper complexes 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> monture hors 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> verres simples hors 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> verres complexes hors 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> verres hyper complexes hors 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> lentilles remboursées SS	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> lentilles non remboursées SS	<input type="checkbox"/>					
o frais de séjour hospitalier						
<input type="checkbox"/> frais de séjour	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Forfait journalier	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Chambre particulière	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Lits d'accompagnant	<input type="checkbox"/>					

o actes de chirurgie,					
<input type="checkbox"/> praticien CAS/ OPTAM/ OPTAM CO*	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> praticien non CAS/ non OPTAM/ non OPTAM CO*	<input type="checkbox"/>				
o actes techniques médicaux,					
<input type="checkbox"/> praticien CAS/ OPTAM/ OPTAM CO*	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> praticien non CAS/ non OPTAM/ non OPTAM CO*	<input type="checkbox"/>				
o radiologie et imagerie médicale,					
<input type="checkbox"/> praticien CAS/ OPTAM/ OPTAM CO*	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> praticien non CAS/ non OPTAM/ non OPTAM CO*	<input type="checkbox"/>				
o analyses,					
o auxiliaires médicaux					
o transport					
o cures thermales					
o prévention					
o natalité					
o autre					

(*) si information disponible

Provision pour exonération et maintien gratuit

- nombre de personnes provisionnées par arrêt de survenance de l'arrêt ;
- montant des provisions par arrêt de survenance de l'arrêt.

Organisme assureur : _____

Date d'arrêté comptable : _____

Population assurée : _____

Année de survenance de l'arrêt	Nombre d'assuré	Montant des provisions
< N-4		
N-4		
N-3		
N-2		
N-1		
N		

III. Données à fournir en prévoyance au tiers de confiance et contrôles à effectuer

Pour chaque régime (régime de base et régime supplémentaire) et pour chaque catégorie de personnel (non-cadre/cadres et assimilé) :

- fichier des cotisations N par entreprise avec les informations suivantes (identifiant anonymisé par entreprise/collège/risque/date comptable/trimestre et exercice de survenance/montant des cotisations) ;
- fichier des prestations N par entreprise (avec un identifiant anonymisé par entreprise).

Pour chaque régime (régime de base et régime supplémentaire pour chaque catégorie de personnel) sur support informatique le fichier des prestations et provisions prévoyance :

- fichier des capitaux décès payée dans l'exercice ou à payer avec les informations suivantes :
 - identifiant de l'assuré (anonymisé) ;
 - catégorie de personnel ;
 - type d'assuré (salarié/conjoint) ;
 - date de survenance du décès ;
 - date de survenance de l'arrêt (si décès d'un salarié en arrêt de travail) ;
 - date de naissance de l'assuré décédé ;
 - montant du capital décès ;
 - date de paiement du capital ;

- fichier des provisions rentes éducation :
 - identifiant de l'assuré (anonymisé) ;
 - catégorie de personnel ;
 - identifiant du bénéficiaire (anonymisé) ;
 - date de survenance du décès ;
 - date de survenance de l'arrêt (si décès d'un salarié en arrêt de travail) ;
 - situation de famille ;
 - date de naissance du bénéficiaire (à compter des décès assurés 2018) ;
 - montant annuel de la rente ;
 - montant des prestations payées dans l'exercice ;
 - date de fin de la dernière période payée ;
 - PM au 31 décembre N ;
 - PSAP au 31 décembre N
- fichier des provisions arrêts de travail :
 - identifiant de l'assuré (anonymisé) ;
 - catégorie de personnel ;
 - date de naissance de l'assuré ;
 - date de survenance de l'arrêt ;
 - type de prestation (IJ/IP/AT/MP) ;
 - base de prestation retenue ;
 - date de début de prestations payées ;
 - date de fin de prestations payées ;
 - montant des prestations payées pour la période ;
 - PM au 31 décembre N ;
 - PSAP au 31 décembre N ;
 - PM exo au 31 décembre N.

Pour définir les arrêts plus ou moins de 3 mois, la durée d'un arrêt de travail est calculée comme suit à chaque date d'inventaire (31 décembre N) :

- pour les arrêts n'ayant donné lieu à aucun paiement au titre du 4^e trimestre N : durée = date de fin de la dernière période indemnisée – date de survenance ;
- pour les arrêts ayant donné à un paiement au titre du 4^e trimestre N : durée = 31 décembre N – date de survenance..

Cette méthode doit être harmonisée entre chaque assureur et pourra être revue en fonction de l'expérience.

Le tiers de confiance effectue notamment des contrôles suivants :

- contrôle de cohérence entre les montants figurant dans les comptes et les états de synthèse établis pour la CSTP et les données détaillées :
 - a) Cohérence des cotisations par catégorie de personnel et de la ventilation par risque.
 - b) Cohérence des prestations par catégorie de personnel.
 - c) Cohérences des provisions.
 - d) Cohérence du nombre d'entreprises adhérentes ;
- nombre d'entreprises avec prestations prévoyance mais sans cotisations prévoyance pour les cadres/pour les non-cadres et montant des prestations liées ;
- conformité du fichier des arrêts provisionnés avec les règles de sélection des arrêts à provisionner ;

- conformité du calcul des provisions avec les normes réglementaires ;
- pour KLESIA prévoyance, bonne affectation des prestations et provisions entre le compte de suivi des engagements passés et le compte par survenance pour les survenances 2018 et postérieures.

En outre, le tiers de confiance effectue des contrôles aléatoires pour vérifier :

i) Que les prestations payées sont conformes aux garanties conventionnelles prévoyance pour chaque catégorie de personnel.

iii) Que les bases de prestations retenues pour le calcul des provisions sont cohérentes avec les prestations payées.

IV. États de synthèse à fournir en prévoyance à la commission de suivi technique paritaire

- copie des notices d'informations des régimes conventionnels assurés par l'organisme (pour l'exercice en cours) ;
- tableaux par risque.

(Voir page suivante.)

Décès

Nombre de décès d'assurés réglés par année de survenance et année comptable (par catégorie de personnel) et montant des capitaux versés :

Organisme assureur : _____

Date d'arrêté comptable : _____

Population assurée : _____

	Nombre de décès d'assuré réglés par exercice de survenance et exercice comptable					
Exercice comptable	<N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N
<N-4						
N-4						
N-3						
N-2						
N-1						
N						
Total à fin N						

	Nombre de décès des ayants droits réglés par exercice de survenance et exercice comptable					
Exercice comptable	<N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N
<N-4						
N-4						
N-3						
N-2						
N-1						
N						
Total à fin N						

Répartition des capitaux par situation de famille

Organisme assureur : _____

Date d'arrêté comptable : _____

Population assurée : _____

Nombre de décès réglés par situation de famille

	Nombre d'enfants à charge					
	0	1	2	3 et +	Total	%
Célibataire, veuf , divorcé						
Marié						
Total						
%						100%

Répartition des frais d'obsèques par type assuré/conjoint/enfant :

Organisme assureur : _____
Date d'arrêté comptable : _____
Population assurée : _____

	Nombre de frais d'obsèques par catégorie et année de survenance	
	N	%
Assurés		
Conjoints		
Enfants		
Total		100%

Incapacité – invalidité

Répartition des arrêts/montant payé par durée moyenne d'arrêt

Organisme assureur : _____
Date d'arrêté comptable : _____
Population assurée : _____

	Nombre d'arrêts par survenance		Durée moyenne indemnisée	
	N-1	N	N-1	N
moins de 7 jours				
entre 7 jours et moins de 30 jours				
entre 1 mois et 3 mois				
entre 3 mois et 6 mois				
6 mois et plus				

Pour les arrêts non-cadres de moins de 3 mois :

- triangle des nombres de dossiers réglés par mois – année comptable et mois année de règlement ;
- triangle des montants réglés par mois – année comptable et mois année de règlement ;
- nombre d'arrêts provisionnés et montant des par année de survenance en distinguant les provisions IT, IP en attente, IP1, IP2, IP3.

(Voir page suivante.)

Organisme assureur : _____
 Date d'arrêté comptable : _____
 Population assurée : Non cadres

Arrêt de moins de 3 mois - nombre d'arrêt indemnisés

		année N-1												année N												
		...	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12
année N-1	...																									
	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
année N	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
	Total fin N																									

Arrêt de moins de 3 mois - montant des prestations payées

		année N-1												année N												
		...	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12
année N-1	...																									
	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
année N	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
Total payé fin N																										
Provision fin N																										
Total charge																										

(Voir page suivante.)

Pour les arrêts de plus de 3 mois non-cadre et les arrêts cadres :

*Nombre d'arrêts indemnisés par trimestre et année comptable et année de survenance et
montant des prestations payées par année comptable de survenance*

Organisme assureur : _____

Date d'arrêté comptable : _____

Population assurée : _____

Nombre d'arrêts réglés par années de survenance et année comptable						
Exercice comptable	< N- 4	N- 4	N- 3	N- 2	N- 1	N
< N-4						
N-4						
N-3						
N-2						
N-1						
N						
Total payé à fin N						
PSAP fin N						

Montant des prestations réglés par années de survenance et année comptable						
Exercice comptable	< N- 4	N- 4	N- 3	N- 2	N- 1	N
< N-4						
N-4						
N-3						
N-2						
N-1						
N						
Total payé à fin N						
PSAP fin N						

	Nombre d'arrêts provisionnés par survenance								
Exercice comptable	...	N-7	N-6	N-5	N-4	N-3	N-2	N-1	N
Total									
dont IT									
dont IP attente									
dont IP1									
dont IP2									
dont IP3									

	Montant des PM par survenance								
	...	N-7	N-6	N-5	N-4	N-3	N-2	N-1	N

(Voir page suivante.)

Triangle des nombres de dossiers et montants réglés par mois – année comptable et mois année de règlement.

Nombre d'arrêt maternité - paternité indemnisés

		Nombre d'arrêts maternité - paternité indemnisés																								
		...	année N-1												année N											
		...	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12
année N-1	...																									
	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
année N	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
Total fin N																										
Nb dossiers provisionnés																										

Montant payé au titre des arrêts maternité - paternité

		avant payé au titre des arrêts maternité - paternité																								
		...	année N-1												année N											
		...	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12
année N-1	...																									
	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
m12																										
année N	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
Total payé fin N																										
Provision fin N																										
Total charge																										

Annexe 3 Règles de présentation des comptes de suivi des engagements passés et données nécessaires à l'analyse des comptes de suivis des engagements passés

KLESIA prévoyance s'engage à présenter chaque année à la commission de suivi technique paritaire avant le 30 juin de chaque année, et pour la première fois dans les 3 mois qui suivent la signature de la présente convention, les comptes de suivi des engagements passés (sinistres prévoyance et santé de survenance antérieurs au 1^{er} janvier 2018 des salariés des entreprises qui étaient assurées par KLESIA prévoyance dans le cadre des régimes conventionnels, à adhésion collective et individuelle, de prévoyance et de santé, cadres ou non-cadres) accompagné du rapport du tiers de confiance visé à l'annexe 2 précisant le résultat des contrôles effectués sur le compte des engagements passés.

Par dérogation, les comptes de suivi des engagements passés au 31 décembre 2018 et les données nécessaires à l'analyse des comptes au 31 décembre 2018 sont fournis avant le 30 septembre 2020.

Ces comptes concernent les engagements suivants (ci-après engagements passés) :

- paiement des prestations décès (rentes et capitaux décès) pour les décès de survenances antérieures au 1^{er} janvier 2018 ou décès suite à un arrêt de travail de survenances antérieures au 1^{er} janvier 2018 et paiement des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail, de maternité ou de paternité et des rentes d'invalidité pour les arrêts de travail de survenances antérieures au 1^{er} janvier 2018 en application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- maintien des garanties décès pour les salariés en arrêt de travail au 31 décembre 2017 en application de l'article 7.1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- exonérations et maintiens gratuits prévus par les annexes IV.1 et IV.2 de la convention collective de la pharmacie d'officine en vigueur au 31 décembre 2017, et notamment exonération et maintiens gratuits des garanties frais de santé ;
- paiement des prestations de frais de soins santé dont la date de soin est antérieure au 1^{er} janvier 2018.

Les comptes de suivi des engagements passés sont établis chaque année comme suit par KLESIA prévoyance pour chaque catégorie de personnel et chaque risque.

- pour le personnel cadre et assimilé (régimes définis à l'article IV.2 et IV.3 de la convention collective) :
 - décès cadres et assimilés ;
 - arrêt de travail cadres et assimilés ;
 - santé cadres et assimilés ;
- pour le personnel non-cadre (régimes définis à l'article IV.1 et IV.3 de la convention collective) :
 - décès non-cadres ;
 - arrêt de travail non-cadres ;
 - santé non-cadres.

Soit six sous-comptes de suivi des engagements passés avec pour chacun de ces six sous-comptes les éléments suivants :

Au crédit

Provisions techniques constituées au 31 décembre N-1 (avec détail par type de provisions selon le compte : PM rente éducation, PM exonération décès, PM exonération santé, PM maintien gratuit, PM IT, PM maternité/paternité, PM invalidé en attente, PM invalidité).

PSAP au 31 décembre N-1.

Intérêts techniques tel que définis à l'article 5.

Prélèvement sur réserves pour financer les changements réglementaires éventuels à compter du 1^{er} janvier 2020 comme indiqué à l'article 3.3.

Au débit

Provisions techniques à constituer au 31 décembre N (avec détail par type de provisions selon le compte : PM rente éducation, PM exonération décès, PM exonération santé, PM maintien gratuit, PM IT, PM maternité/paternité, PM invalidité en attente, PM invalidité).

PSAP au 31 décembre N.

Prestations versées dans l'exercice au titre des engagements passés .

Prestations remboursées par KLESIA prévoyance à un autre assureur en application du C de l'article 3.3.2.

Affectation des résultats santé et prévoyance non-cadres

Le solde prévoyance non-cadres est égal à la somme du résultat du compte décès non-cadres et du compte arrêt de travail non-cadres (incapacité, invalidité, maternité, paternité).

Le solde santé non-cadres est égal au résultat du compte santé non-cadres.

Le solde non-cadres est égal à la somme algébrique du solde prévoyance non-cadre et du solde santé non-cadre.

Si la somme algébrique (tenant compte du boni de 24,5 M€ constaté sur 2018) des soldes non-cadres depuis le 1^{er} janvier 2018 est négative, 100 % du solde débiteur cumulé net des dotations/reprises effectuées depuis le 1^{er} janvier 2018 est apuré par prélèvement sur la réserve non-cadre, dans la limite de son montant.

Si la somme algébrique des soldes non-cadres est positive, 85 % du solde créditeur cumulé net des dotations/reprises effectuées depuis le 1^{er} janvier 2018 est affecté à la réserve non-cadres à titre de participation aux excédents.

Affectation des résultats santé et prévoyance cadres et assimilés

Le solde prévoyance cadres et assimilés est égal à la somme du résultat du compte décès cadres et assimilés et du compte arrêt de travail cadres et assimilés (incapacité, invalidité, maternité, paternité).

Le solde santé cadres et assimilés est égal au résultat du compte santé cadres et assimilés.

Le solde cadres et assimilés est égal à la somme algébrique du solde prévoyance cadres et assimilés et du solde santé cadres et assimilés.

Si la somme algébrique (tenant compte du boni de 6,6 M€ constaté sur 2018) des soldes cadres et assimilés depuis le 1^{er} janvier 2018 est négative, 100 % du solde débiteur cumulé net des dotations/reprises effectuées depuis le 1^{er} janvier 2018 est apuré par prélèvement sur la réserve cadre dans la limite de son montant.

Si la somme algébrique des soldes cadres et assimilés est positive, 85 % du solde créditeur cumulé net des dotations/reprises effectuées depuis le 1^{er} janvier 2018 est affecté à la réserve cadres et assimilés à titre de participation aux excédents.

■ En complément des comptes de suivi des engagements passés, KLESIA prévoyance fournit chaque année :

Un tableau de synthèse du nombre d'assurés et bénéficiaires concernés :

Effectifs concernés	Régime prévoyance cadre	Régime santé cadre	Régime prévoyance non cadre	Régime santé non cadre
Nombre de rente décès				
Nombre d'assurés en incapacité				
Nombre d'assurés en invalidité				
Nombre d'assurés en maternité / paternité				
Nombre d'assurés bénéficiant d'un maintien des garanties décès				
Nombre d'assurés bénéficiant d'un maintien gratuit frais de santé				

■ Principe de répartition des boni/mali cumulés en fonction des dotations/reprises déjà effectuées.

Le tableau ci-dessous donne un exemple de répartition des boni/mali.

L'année 1 reprend le boni de 31 M€ constaté en 2018.

Exemple : alternance de gains et de perte avec boni cumulé à terme

	an 1	an 2	an 3	an 4	an 5	an 6	an 7	an 8
Résultat annuel	31	-15	-12	-15	8	5	1	-1
Résultat cumulé	31	16	4	-11	-3	2	3	2

Affectation de l'année

réserves	26,4	-12,8	-10,2	-14,4	8,0	4,7	0,9	-0,9
assureur	4,7	-2,3	-1,8	-0,6	0,0	0,3	0,2	-0,2

Affectation cumulée

réserves	26,4	13,6	3,4	-11,0	-3,0	1,7	2,6	1,7
assureur	4,7	2,4	0,6	0,0	0,0	0,3	0,5	0,3

Répartition en % du résultat cumulé

réserves	85%	85%	85%	100%	100%	85%	85%	85%
assureur	15%	15%	15%	0%	0%	15%	15%	15%

Annexe 4 Règlement de médiation de la CEFAREA ARIAS France en vigueur au 31 décembre 2019



Règlement de médiation

1. Préambule

1.1. Médiation

La médiation est un processus structuré de résolution des litiges par lequel un tiers indépendant, impartial et spécialement formé aide les parties, par différentes méthodes, à résoudre un litige.

Ce processus est régi par le code de procédure civile qui prévoit également que le médiateur peut être une personne morale qui désigne alors la personne physique chargée d'accomplir la mission.

1.2. CEFAREA-ARIAS France

CEFAREA-ARIAS France est une de ces personnes morales, et possède les moyens matériels et humains permettant aux tiers qui le souhaitent de mettre en œuvre des médiations, conciliations et arbitrages dans les domaines qui sont les siens.

Créé il y a plus de 20 ans par les professionnels de l'assurance de la réassurance, à l'origine pour gérer leurs arbitrages, CEFAREA-ARIAS France intervient aujourd'hui dans tout ce qui a trait aux « monde assurantiel », assurance, réassurance, mutualité, prévoyance, gestion de patrimoine, intermédiation et distribution, sinistres, etc.

Tous ses médiateurs comme ses arbitres sont, en plus de leur formation spécifique, des professionnels ou des spécialistes avertis dans un au moins de ces domaines.

2. Règlement de médiation

C'est dans ce contexte qu'a été établi le présent règlement (« le règlement ») qui a pour vocation de s'appliquer à toutes les médiations qui sont confiées au centre.

2.1. Mise en œuvre

La médiation peut être mise en œuvre :

- sur décision d'un juge, après avoir recueilli l'accord des parties ;
- en vertu d'une clause contractuelle prévoyant en cas de litige le recours à ce processus avant toute saisine d'une juridiction, qu'elle soit publique ou arbitrale ;
- par décision commune des parties ;
- par une demande unilatérale d'une partie qui souhaiterait recourir à ce processus, demande adressée au centre qui interrogera alors l'autre (les autres) partie(s) pour recueillir son accord ;

- enfin, lorsque le centre est saisi d’une demande d’arbitrage et que la commission d’arbitrage, au vu du litige, estime qu’une médiation peut être tentée (les parties restent totalement libres d’accepter ou de refuser de suivre cet avis).

2.2. Demande de médiation et suites

Sauf accord faisant suite à la proposition de la commission d’arbitrage, le centre est saisi conjointement par les parties ou par l’une seule, avec mention de :

- son état civil, sa raison sociale, son adresse ;
- l’objet sommaire et l’importance approximative du litige ;
- le cas échéant la position de la partie saisissante ou de chacune des parties si elle est connue ;
- copie de la clause de médiation si elle existe.

À réception et sauf demande conjointe, le centre informe l’autre (les autres) partie(s) de la mise en œuvre de la médiation.

Cette ou ces partie(s) dispose(nt) alors d’un délai de 15 jours pour faire connaître leur position.

2.3. Réponse à la demande

En présence d’une clause de médiation

Dès réception des observations de l’autre ou des autres partie(s) ou, à défaut de réponse, à l’expiration du délai prévu ci-dessus, le centre saisit sa commission de médiation en vue de la désignation d’un médiateur.

Ce dernier, une fois désigné et la provision versée, conviendra d’une réunion avec les parties et en cas de refus de l’une d’elles de se présenter dressera un procès-verbal de refus de médiation.

En l’absence de clause de médiation

En cas d’accord des parties, le centre saisit sa commission médiation en vue de la désignation d’un médiateur et celui-ci procédera à sa mission conformément aux articles ci-après.

En cas de refus explicite de la proposition de médiation comme en l’absence de réponse après expiration du délai ci-dessus, le centre en informera la partie qui l’a saisi et le dossier sera clos. Pour mémoire, les frais administratifs resteront alors acquis.

2.4. Frais et honoraires de médiation

Les frais et honoraires de médiation sont fixés selon le cas, en fonction du barème forfaitaire ou proportionnel annexé au règlement en vigueur au moment de la saisine du centre.

Les parties conviennent entre elles de la répartition du coût de la médiation. À défaut, ces frais seront supportés par chacune des parties au prorata.

Lorsque aucune médiation n’est intervenue, ces frais seront supportés par la partie requérante.

Le centre sollicite le versement d’une provision supportée par moitié par partie ou par groupe de parties et à défaut avancée par le demandeur à charge pour lui d’évoquer cette question de partage à l’occasion de la médiation, s’il le souhaite.

À défaut de paiement préalable de la provision précitée, la médiation ne sera pas initiée ou prendra fin.

Au fur et à mesure de l'avancement de la médiation, le médiateur tiendra le centre informé du temps passé et raisonnablement prévisible et le centre appellera alors toute provision complémentaire s'il y a lieu.

Le paiement préalable de la provision conditionne le début de la médiation et le cas échéant sa poursuite.

2.5. Désignation du médiateur

Dès qu'elle est saisie, la commission médiation désigne un médiateur choisi en fonction de la nature du litige.

Les parties peuvent proposer à la commission un médiateur préalablement choisi par elles d'un commun accord, et ce pourvu qu'il figure sur la liste des médiateurs agréés par le centre.

Si les parties le souhaitent ou si la commission l'estime utile, une comédiation peut le cas échéant être mise en œuvre.

Le médiateur désigné par la commission signe une déclaration d'indépendance.

Si au cours du processus de médiation, il constate l'existence d'un élément de nature à mettre en cause celle-ci ou son impartialité, il en informe aussitôt les parties et ne poursuit sa mission que sur accord de celles-ci.

Dans le cas contraire, il suspend la médiation et la commission procède alors à son remplacement.

Sauf refus de l'une et/ou l'autre des parties, le centre peut adjoindre au médiateur désigné un médiateur observateur.

Celui-ci, dénué de tout pouvoir et non rémunéré est une personne ayant suivi l'ensemble de sa formation et la finalisant par des expériences pratiques. Il est tenu des mêmes obligations que l'ensemble des médiateurs.

2.6. Rôle du médiateur et principes essentiels de la médiation

Le médiateur a pour mission d'aider les parties à rechercher, dans la loyauté et le souci du respect des intérêts de chacune d'elles, une solution au litige qui les sépare. Il est maître de l'exécution de sa mission.

Le médiateur décide en concertation avec les parties le lieu (ou les lieux) où se tiendront les réunions, la (ou les) langue(s) utilisée(s) et plus généralement la manière dont s'organisera la médiation.

S'il l'estime utile, il peut entendre séparément les parties, et même souhaiter des entretiens séparés si elles en sont d'accord.

Les parties ou une fraction d'entre elles peuvent elles-mêmes, chacune de leur côté, demander, confidentiellement ou non, au médiateur de les entendre séparément.

Cette liberté d'établissement et de poursuite du dialogue est le corollaire de l'absence de tout pouvoir contraignant du médiateur et de la plus stricte confidentialité concernant les opérations de médiation. Aucune constatation, déclaration ou proposition effectuée devant le médiateur, par les parties ou par lui ne peut en aucun cas être utilisée ultérieurement par quiconque. Il en va de même de tout document et plus généralement de toute information échangés lors de la médiation.

2.7. Fin de la médiation

- la médiation prend fin par une déclaration écrite conjointe des parties, faite à tout moment, indiquant qu'elles ne souhaitent pas poursuivre la médiation ; ou

- par une déclaration écrite d’une seule des parties indiquant qu’elle entend mettre un terme à la médiation ; ou
- lorsque le délai éventuellement fixé est expiré et n’est pas prorogé par les parties ;
- par la décision du médiateur de mettre fin à la médiation ;
- et enfin, bien entendu, comme c’est le plus souvent le cas, par un accord entre les parties. Cet accord constitue entre elles une transaction, qui peut-être homologuée par un juge sauf convention de confidentialité.

2.8. Interprétation du règlement et/ou résolution des litiges

Toute interprétation du présent règlement ou tout litige survenant à l’occasion d’une médiation seront du seul ressort de la commission médiation du centre.

2.9. Médiation judiciaire

Toute médiation judiciaire confiée au centre sera gérée en vertu du présent règlement, sous la réserve des dispositions procédurales propres à ces médiations, qu’elles résultent du code de procédure civile ou de la décision du juge lesquelles lui seront alors substituées dans leur limite.