



MINISTÈRE  
DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI  
ET DE L'INSERTION  
MINISTÈRE  
DE L'AGRICULTURE  
ET DE L'ALIMENTATION

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

©rcfotostock - stock.adobe.com

# Bulletin officiel

## Conventions collectives



**PREMIER  
MINISTRE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction de l'information  
légale et administrative

**2021-51**  
1<sup>er</sup> janvier 2022

# Bulletin officiel

## Conventions collectives

### Fascicule n° 2021-51 du 1<sup>er</sup> janvier 2022

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion .....	3
Ministère de l'agriculture et de l'alimentation .....	[*]

[\*] Aucun texte du ministère de l'agriculture et de l'alimentation dans le *BO* n° 2021-51.

# Conventions collectives

Sommaire du fascicule n° 2021-51 du 1<sup>er</sup> janvier 2022

Conventions, avenants et accords

	Pages
<b>Ameublement (négoce) :</b> accord du 15 novembre 2021 relatif aux salaires minima au 1 <sup>er</sup> janvier 2022.....	5
<b>Audiovisuel, électronique et équipement ménager (commerces et services) :</b> accord du 13 octobre 2021 relatif au contrôle pédagogique des formations par apprentissage .....	7
<b>Audiovisuel, électronique et équipement ménager (commerces et services) :</b> avenant n° 53 du 17 novembre 2021 relatif aux rémunérations conventionnelles pour l'année 2022.....	9
<b>Bâtiment (Corse [ouvriers, entreprises occupant jusqu'à 10 salariés et plus de 10 salariés]) :</b> accord du 7 septembre 2021 relatif aux indemnités de petits déplacements .....	12
<b>Bâtiment (Corse [ouvriers, entreprises occupant jusqu'à 10 salariés et plus de 10 salariés]) :</b> accord du 7 septembre 2021 relatif aux salaires au 1 <sup>er</sup> décembre 2021 .....	14
<b>Bâtiment (Corse, [ETAM]) :</b> accord du 7 septembre 2021 relatif aux salaires au 1 <sup>er</sup> décembre 2021.....	17
<b>Carrières et matériaux (industries [Centre-Val de Loire, ouvriers, ETAM]) :</b> avenant du 24 août 2021 à l'accord du 18 mai 2021 relatif à la rectification d'une erreur matérielle sur les salaires 2021.....	19
<b>Chaussures (détailants) :</b> avenant n° 98 du 21 octobre 2021 relatif à la prévoyance.....	22
<b>Chaussures (détailants) :</b> avenant n° 99 du 21 octobre 2021 à l'accord du 15 septembre 2015 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé.....	29
<b>Coiffure (professions connexes) :</b> avenant n° 4 du 20 octobre 2021 à l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 relatif au régime frais de santé.....	38
<b>Dentaires (cabinets) :</b> avenant n° 8 du 7 octobre 2021 à l'accord du 5 juin 1987 relatif à la prévoyance .....	46
<b>Dentaires (cabinets) :</b> avenant n° 9 du 7 octobre 2021 au protocole d'accord du 5 juin 1987 relatif à la prévoyance .....	48
<b>Dentaires (laboratoires de prothèses) :</b> avenant du 19 novembre 2021 relatif à la modification de l'annexe III sur les rémunérations des apprentis pour l'année 2022.....	50
<b>Dentaires (laboratoires de prothèses) :</b> protocole d'accord du 19 novembre 2021 relatif au salaire minimum conventionnel .....	51

<b>Enseignement privé non lucratif (EPNL) : accord n° 2021-1 du 18 mars 2021 relatif à la négociation annuelle obligatoire sur les salaires .....</b>	52
<b>Enseignement privé non lucratif (EPNL) : accord n° 2021-2 du 3 septembre 2021 relatif aux conditions de versement de la prime « PEPA NAO 2021 ».....</b>	61
<b>Habillement et articles textiles (commerce de détail) : accord du 19 octobre 2021 relatif au régime de remboursement de frais de santé .....</b>	63
<b>HLM (sociétés coopératives) : accord du 28 octobre 2021 relatif au régime complémentaire santé .....</b>	74
<b>HLM (sociétés coopératives) : accord du 28 octobre 2021 relatif au régime de prévoyance .....</b>	88
<b>Hospitalisation privée / social et médico-social à caractère commercial : avenant n° 8 du 2 novembre 2021 à l'accord du 26 février 2001 relatif au financement du paritarisme .</b>	103
<b>Hospitalisation privée-thermalisme : accord du 2 novembre 2021 relatif à la prévention de la grippe saisonnière.....</b>	105
<b>Métallurgie (Eure-et-Loir) : accord du 24 novembre 2021 relatif à la valeur du point, aux rémunérations annuelles garanties et à l'indemnité de restauration sur le lieu de travail au 1<sup>er</sup> janvier 2022 .....</b>	108
<b>Métiers de la transformation des grains : avenant n° 17 du 10 novembre 2021 relatif aux rémunérations mensuelles minimales au 1<sup>er</sup> novembre 2021.....</b>	114
<b>Métiers de l'éducation, de la culture, des loisirs et de l'animation (ÉCLAT) : avenant n° 188 du 30 septembre 2021 relatif à l'assiette de la contribution supplémentaire conventionnelle de la formation professionnelle et à l'assiette de la contribution du paritarisme .....</b>	117
<b>Ports et manutention : accord du 30 septembre 2021 relatif à la revalorisation des rentes du contrat de retraite supplémentaire .....</b>	119
<b>Régies de quartier : accord du 21 juillet 2021 relatif à la mise en place du forfait jours sur l'année .....</b>	120

**Accord du 15 novembre 2021**  
relatif aux salaires minima au 1<sup>er</sup> janvier 2022

NOR : ASET2151229M

IDCC : 1880

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

**FNAEM,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FNECS CFE-CGC ;**

**CFTC CSFV ;**

**FS CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Les parties au présent accord de salaire entendent rappeler l'importance qu'elles attachent au principe d'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes et plus particulièrement, à celui d'égalité des rémunérations.

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

Entre les parties signataires de la convention collective nationale du négoce de l'ameublement, il a été convenu de fixer la grille de salaires minima mensuels, ci-après.

Cette grille de minima mensuels correspond à la durée légale du travail actuellement en vigueur.

*(En euros.)*

Groupe	Niveau	Salaires minima mensuels (base 151,67 heures)
1	Niveau unique	1 592
2	1	1 597
	2	1 600
	3	1 606

Groupe	Niveau	Salaires minima mensuels (base 151,67 heures)
3	1	1 621
	2	1 642
	3	1 670
4	1	1 708
	2	1 735
	3	1 762
5	1	1 839
	2	1 876
	3	1 972
6	1	2 111
	2	2 179
	3	2 245
7	1	2 415
	2	2 786
	3	2 992
8	1	3 167
	2	3 459
9	1	4 052
	2	4 478

## Article 2

Cette grille de salaires annule et remplace la grille issue de l'accord du 24 juin 2021. Elle s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour les adhérents à la FNAEM et à compter de son extension à intervenir dans les meilleurs délais pour les entreprises non adhérentes entrant dans le champ d'application de la convention collective du négoce de l'ameublement.

## Article 3

Compte tenu de l'objet du présent accord, il ne comporte pas de dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés.

## Article 4

Le présent accord sera déposé au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris et auprès de la direction générale du travail conformément aux dispositions des articles D. 2231-2 et suivants du code du travail.

L'extension du présent accord sera demandé conformément aux dispositions des articles L. 2261-24 et L. 2261-26 du code du travail.

*Fait à Paris, le 15 novembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3076 | Convention collective nationale

IDCC : 1686 | **COMMERCE ET SERVICES DE L'AUDIOVISUEL,  
DE L'ÉLECTRONIQUE ET DE L'ÉQUIPEMENT MÉNAGER**

### **Accord du 13 octobre 2021**

relatif au contrôle pédagogique des formations par apprentissage

NOR : ASET2151233M

IDCC : 1686

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

**FENACEREM ;**

**FEDELEC,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FNECS CFE-CGC ;**

**CFTC CSFV,**

**FS CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Le présent accord a pour finalité de définir les conditions d'indemnisation des représentants désignés par la branche professionnelle en application de l'article L. 6211-2 dernier alinéa du code du travail, destinés à faire partie des missions chargées du contrôle pédagogique des formations par apprentissage conduisant à l'obtention d'un diplôme. Les conditions selon lesquelles se déroule ce contrôle sont définies par les articles R. 6251-1 et suivants du code du travail et la circulaire n° 2019-131 du 26 septembre 2019.

### **Article 1<sup>er</sup> | Modalités de désignation**

Les membres chargés d'exercer les missions de contrôle telles que définies par les textes précités du préambule, sont désignés par la CPNEFP selon les modalités de prise de décision au sein de cette commission.

La désignation pour l'année 2022 sera effectuée dans le dernier trimestre de l'année 2021.

### **Article 2 | Nombre de désignations**

La CPNEFP désigne l'un de ses membres pour chaque région administrative et domicilié dans ladite région.

En cas d'impossibilité par l'un des membres concernés de pouvoir assurer ponctuellement ces missions, la CPNEFP désignera selon les mêmes modalités, ou en cas d'urgence par tout moyen approprié, un autre représentant.

### **Article 3 | *Prise en charge des frais***

Pour deux déplacements par an, le temps passé par le membre de la CPNEFP désigné à l'exercice de ces missions est considéré comme temps de travail effectif et rémunéré comme tel. Les frais de déplacement sont remboursés selon les modalités définies par les dispositions prévues à l'article 4.3 de la convention collective.

L'ensemble de ces sommes sera administré par la fédération patronale et pris en charge par l'association de gestion du paritarisme.

Toutefois, cette prise en charge ne concerne que la participation aux missions chargées du contrôle pédagogique des formations par apprentissage relatives à l'obtention d'un diplôme correspondant à un métier des entreprises de la branche.

### **Article 4 | *Dispositions applicables aux entreprises de moins de 50 salariés***

Le présent accord s'applique sans distinction aux entreprises de moins de 50 salariés.

### **Article 5 | *Durée. Révision***

Le présent accord est conclu pour une durée d'un an à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2022, date à laquelle il cessera de produire effet.

Il pourra être révisé à tout moment à la demande d'un représentant d'une organisation représentative dans la branche.

### **Article 6 | *Publicité et formalités de dépôt***

Le texte du présent accord a été notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans le champ d'application. Il est établi en suffisamment d'exemplaires pour qu'un original soit remis à chaque organisation signataire, et que les formalités de dépôt prévues aux articles D. 2231-2 et suivants du code du travail puissent être effectuées par la partie la plus diligente.

*Fait à Paris, le 13 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)



Brochure n° 3076 | Convention collective nationale

IDCC : 1686 | **COMMERCE ET SERVICES DE L'AUDIOVISUEL,  
DE L'ÉLECTRONIQUE ET DE L'ÉQUIPEMENT MÉNAGER**

**Avenant n° 53 du 17 novembre 2021**  
relatif aux rémunérations conventionnelles pour l'année 2022

NOR : ASET2151231M

IDCC : 1686

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

**FENACEREM ;**

**FEDELEC,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FNECS CFE-CGC ;**

**CFTC CSFV ;**

**FS CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup> | Égalité salariale entre les femmes et les hommes**

Les signataires rappellent que le présent avenant s'applique à toutes les entreprises et qu'aucun salarié ne doit être rémunéré en dessous du salaire minimum correspondant à son niveau et à son échelon.

Ils entendent aussi rappeler que les politiques de rémunération doivent être guidées par les principes généraux d'égalité impliquant que les entreprises sont tenues de garantir, pour un même travail, une égalité de traitement entre femme et homme, ce principe portant tant sur les objectifs que sur les éléments composant la rémunération qui doivent être établis selon des normes identiques.

**Article 2 | Salaires minima conventionnels**

Les minima conventionnels des salariés de la branche sont revalorisés, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, dans les conditions définies ci-après.

## Salaires minima conventionnels mensuels des ouvriers, employés, agents de maîtrise

Base mensuelle de 151,67 heures.

(En euros.)

Niveau	Échelon	Salaire	
		Mensuel	Horaire
I	1	1 589,47	10,48
	2	1 593,87	10,51
	3	1 604,81	10,58
II	1	1 641,77	10,82
	2	1 683,53	11,10
	3	1 725,22	11,37
III	1	1 763,49	11,63
	2	1 805,14	11,90
	3	1 846,76	12,18
IV	1	1 906,53	12,57
	2	2 134,65	14,07
	3	2 360,97	15,57

## Salaires minima conventionnels des cadres

Base mensuelle de 151,67 heures.

(En euros.)

Position	Salaire	
	Annuel	Mensuel
I	28 404,19	2 144,24
II	34 878,36	2 672,68
III	41 691,13	3 194,73
IV	48 488,44	3 715,50

### Article 3 | Champ d'application

Le présent avenant est applicable aux entreprises et salariés du champ d'application de la convention collective des commerces et services de l'audiovisuel de l'électronique et de l'équipement ménager tel que défini par son article 1<sup>er</sup>.

Le présent avenant porte sur la négociation des salaires minima de branche qui s'impose aux parties quelle que soit la taille des entreprises. Les présentes dispositions s'appliquent donc aux entreprises de moins de 50 salariés dans les mêmes conditions que pour l'ensemble des entreprises.

Pour les entreprises non adhérentes aux organisations patronales signataires, le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du mois suivant celui au cours duquel est publié l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

#### **Article 4 | Dispositions finales**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être révisé dans les conditions de l'article 2 de la convention collective des commerces et services de l'audiovisuel, de l'électronique et de l'équipement ménager.

Le présent avenant sera déposé au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris et auprès de la direction générale du travail, conformément aux dispositions des articles D. 2231-2 et suivants du code du travail.

L'extension du présent avenant sera demandée, à l'expiration du délai légal d'opposition, conformément aux dispositions des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

*Fait à Paris, le 17 novembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

---

Brochure n° 3193 | Convention collective nationale

**BÂTIMENT**

IDCC : **1596** | **OUVRIERS**  
**(Entreprises occupant jusqu'à 10 salariés)**

---

---

Brochure n° 3258 | Convention collective nationale

**BÂTIMENT**

IDCC : **1597** | **OUVRIERS**  
**(Entreprises occupant plus de 10 salariés)**

---

**Accord du 7 septembre 2021**  
relatif aux indemnités de petits déplacements  
(Corse)

NOR : ASET2151230M

IDCC : 1596, 1597

---

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

**FBTP 2A ;**

**FBTP Haute-Corse ;**

**CAPEB Corse-du-Sud ;**

**CAPEB Haute-Corse,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**STC Corse ;**

**UR CFTC Corse ;**

**UR CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Le secteur du bâtiment occupe aujourd'hui un million deux cent mille salariés, employés au sein de trois cent mille entreprises de toute taille, qui déploient leur activité sur l'ensemble du territoire national à travers une grande variété de chantiers, d'ateliers et de bureaux, activité dont la réalisation commune de l'ouvrage sur chantier constitue l'objectif et la résultante.

Fortement exposée à une pénurie de main d'œuvre, notamment sur les postes qualifiés, la profession s'est toujours attachée à renforcer l'attractivité des métiers qui la composent et à favoriser la mobilité professionnelle des salariés tout en assurant une régulation économique et sociale équilibrée entre tous les acteurs du secteur.

Conscients de l'importance d'assurer une concurrence sociale loyale entre les entreprises et des droits adaptés à leurs ouvriers, les partenaires sociaux du bâtiment ont construit un socle de garanties sociales homogènes et ajusté à la réalité économique locale des entreprises, quelle que soit leur taille.

## Article 1<sup>er</sup>

En application de l'article I-3 des conventions collectives nationales du bâtiment du 8 octobre 1990 concernant les ouvriers employés, d'une part, par les entreprises du bâtiment visées par le décret du 1<sup>er</sup> mars 1962 (IDCC 1596) et d'autre part, par les entreprises du bâtiment non visées par le décret du 1<sup>er</sup> mars 1962 (IDCC 1597), les organisations d'employeurs et de salariés adhérentes aux organisations représentatives au niveau national, se sont réunies et ont déterminé le montant des indemnités de petits déplacements des ouvriers du bâtiment de la région Corse.

## Article 2

Pour la région Corse les parties signataires du présent accord ont fixé le barème des indemnités de petits déplacements des ouvriers du bâtiment comme indiqué dans les tableaux ci-après:

Pour les départements de Corse-du-Sud et de Haute-Corse à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2021.

Zones	Indemnité de trajet	Indemnité de transport	Indemnité de repas
1	1,56 €	2,42 €	9,10 €
2	2,90 €	5,01 €	
3	4,24 €	7,83 €	
4	5,69 €	10,72 €	
5	8,55 €	13,68 €	

## Article 3

Compte tenu de la structure des entreprises de la branche, il n'est pas nécessaire de prévoir de stipulation spécifique pour les entreprises employant moins de 50 salariés.

## Article 4

Conformément au code du travail, le présent accord sera déposé à la direction générale du travail et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes d'Ajaccio.

## Article 5

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord au ministère du travail.

*Fait à Ajaccio, le 7 septembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3193 | Convention collective nationale

**BÂTIMENT**

IDCC : **1596** | **OUVRIERS**  
**(Entreprises occupant jusqu'à 10 salariés)**

Brochure n° 3258 | Convention collective nationale

**BÂTIMENT**

IDCC : **1597** | **OUVRIERS**  
**(Entreprises occupant plus de 10 salariés)**

**Accord du 7 septembre 2021**  
relatif aux salaires au 1<sup>er</sup> décembre 2021

NOR : ASET2151228M

IDCC : 1596, 1597

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

**FBTP 2A ;**  
**FBTP Haute-Corse ;**  
**CAPEB Corse-du-Sud ;**  
**CAPEB Haute-Corse,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**STC Corse ;**  
**UR CFTC Corse ;**  
**UR CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Le secteur du bâtiment occupe aujourd'hui un million deux cent mille salariés, employés au sein de trois cent mille entreprises de toute taille, qui déploient leur activité sur l'ensemble du territoire national à travers une grande variété de chantiers, d'ateliers et de bureaux, activité dont la réalisation commune de l'ouvrage sur chantier constitue l'objectif et la résultante.

Fortement exposée à une pénurie de main d'œuvre, notamment sur les postes qualifiés, la profession s'est toujours attachée à renforcer l'attractivité des métiers qui la composent et à

favoriser la mobilité professionnelle des salariés tout en assurant une régulation économique et sociale équilibrée entre tous les acteurs du secteur.

Conscients de l'importance d'assurer une concurrence sociale loyale entre les entreprises et des droits adaptés à leurs ouvriers, les partenaires sociaux du bâtiment ont construit un socle de garanties sociales homogènes et ajusté à la réalité économique locale des entreprises, quelles que soit leur taille.

## Article 1<sup>er</sup>

En application des articles XII-8 et XII-9 des conventions collectives nationales du bâtiment du 8 octobre 1990 concernant les ouvriers employés par les entreprises du bâtiment visées par le décret du 1<sup>er</sup> mars 1962 (IDCC 1596) et non visées par le décret du 1<sup>er</sup> mars 1962 (IDCC 1597), les organisations d'employeurs et de salariés adhérentes aux organisations représentatives au niveau nationale, se sont réunies et ont déterminé les salaires mensuels minimaux des ouvriers du bâtiment de la région Corse.

## Article 2

Pour la région Corse, les parties signataires du présent accord prenant en compte l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, ont fixé le barème des salaires minimaux des ouvriers du bâtiment comme indiqué dans les tableaux ci-après :

Pour les départements de Corse-du-Sud et de Haute-Corse à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2021.

Catégorie professionnelle	Coefficient	Salaire mensuel minimal (pour 35 heures hebdomadaires)	Taux horaire
<b>Niveau I</b>			
Ouvriers d'exécution			
Position 1	150	1 554,58 €	10,25
Position 2	170	1 562,20 €	10,30
<b>Niveau II</b>			
Ouvriers professionnels	185	1 607,70 €	10,60
<b>Niveau III</b>			
Compagnons professionnels			
Position 1	210	1 820,04 €	12
Position 2	230	1 889,96 €	12,46
<b>Niveau IV</b>			
Maître ouvriers ou chefs d'équipe			
Position 1	250	2 026,69 €	13,36
Position 2	270	2 167,23 €	14,30

## Article 3

Compte tenu de la structure des entreprises de la branche, il n'est pas nécessaire de prévoir de stipulation spécifique pour les entreprises employant moins de 50 salariés.

#### **Article 4**

Conformément au code du travail, le présent accord sera déposé à la direction générale du travail et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes d'Ajaccio.

#### **Article 5**

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord au ministère du travail.

*Fait à Ajaccio, le 7 septembre 2021.*

(Suivent les signatures.)



---

Brochure n° 3002 | Convention collective nationale

**BÂTIMENT**

IDCC : **2609** | **ETAM**

---

**Accord du 7 septembre 2021**  
relatif aux salaires au 1<sup>er</sup> décembre 2021

NOR : ASET2151232M

IDCC : 2609

---

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

**FBTP 2A ;**

**FBTP Haute-Corse ;**

**CAPEB Corse-du-Sud ;**

**CAPEB Haute-Corse,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**STC Corse ;**

**UR CFDT ;**

**UR CFTC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

En application du titre III de la convention collective nationale des employés, techniciens et agent de maîtrise du bâtiment du 12 juillet 2006, étendue par arrêté ministériel du 5 juin 2007, et l'accord collectif national du 26 septembre 2007 relatif à la classification des emplois des ETAM du bâtiment, les organisations d'employeurs et de salariés du bâtiment, adhérentes aux organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national, se sont réunies et ont trouvé un accord sur le barème de salaires minimaux des ETAM du bâtiment de la région Corse.

## Article 1<sup>er</sup>

Pour la région Corse, les parties signataires du présent accord prenant en compte l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, ont fixé le barème des salaires mensuels minimaux des ETAM du bâtiment comme indiqué dans les tableaux ci-après :

– dans les départements de Corse-du-Sud et de Haute-Corse, le barème des salaires mensuels minimaux des ETAM du bâtiment de la région Corse est fixé pour un horaire collectif de 35 heures par semaine ou 35 heures en moyenne sur l'année, comme suit :

À compter du 1<sup>er</sup> décembre 2021.

Niveau A	1 554,58 €
Niveau B	1 613,76 €
Niveau C	1 725,65 €
Niveau D	1 873,60 €
Niveau E	2 060,90 €
Niveau F	2 350,35 €
Niveau G	2 618,79 €
Niveau H	2 859,34 €

## Article 2

Compte tenu de la structure des entreprises de la branche, il n'est pas nécessaire de prévoir de stipulation spécifique pour les entreprises employant moins de 50 salariés.

## Article 3

Conformément au code du travail, le présent accord sera déposé à la direction générale du travail et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes d'Ajaccio.

## Article 4

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord au ministre du travail.

*Fait à Ajaccio, le 7 septembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

---

Brochure n° 3081 | Conventions collectives nationales

**INDUSTRIES DE CARRIÈRES ET DE MATÉRIAUX**

IDCC : **87** | **OUVRIERS**

IDCC : **135** | **EMPLOYÉS, TECHNICIENS ET AGENTS DE MAÎTRISE**

IDCC : **211** | **CADRES**

---

**Avenant du 24 août 2021**

à l'accord du 18 mai 2021  
relatif à la rectification d'une erreur matérielle sur les salaires 2021

NOR : ASET2151220M

IDCC : 87, 135

---

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

**UNICEM Centre-Val de Loire,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FO ;**

**UR Centre-Val de Loire CFTC ;**

**URCB CFDT Centre ;**

**CFE-CGC BTP SICMA,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

À la suite d'une erreur dans le tableau reprenant les salaires applicables depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, vous trouverez ci-dessous les valeurs de références pour les salariés relevant de la convention UNICEM pour la région Centre-Val de Loire.

La modification porte sur le niveau 5 échelon 3 pour une rémunération mensuelle de 2 024 € (au lieu de 1 926 €).

Pour rappel, l'accord 2021 s'applique dans les départements suivants : Cher (18), Eure-et-Loir (28), Indre (36), Indre-et-Loire (37), Loire-et-Cher (41), Loiret (45).

Les salaires mensuels minimaux garantis aux ouvriers et aux ETAM sont ainsi fixés :

		Valeurs mensuelles
Niveau 1	Échelon 1	1 554,62 €
	Échelon 2	1 571,00 €
Niveau 2	Échelon 1	1 574,00 €
	Échelon 2	1 597,00 €
	Échelon 3	1 646,00 €
Niveau 3	Échelon 1	1 653,00 €
	Échelon 2	1 678,00 €
	Échelon 3	1 729,00 €
Niveau 4	Échelon 1	1 737,00 €
	Échelon 2	1 766,00 €
	Échelon 3	1 829,00 €
Niveau 5	Échelon 1	1 835,00 €
	Échelon 2	1 892,00 €
	Échelon 3	2 024,00 €
Niveau 6	Échelon 1	2 057,00 €
	Échelon 2	2 138,00 €
	Échelon 3	2 309,00 €
Niveau 7	Échelon 1	2 355,00 €
	Échelon 2	2 498,00 €
	Échelon 3	2 721,00 €

Les autres éléments de l'accord demeurent inchangés.

*Fait à Ormes, le 24 août 2021.*

(Suivent les signatures.)

## **Annexe** Liste des activités économiques relevant du champ d'application des conventions collectives des industries de carrières et de matériaux de construction

---

Sont visées les entreprises entrant dans le champ d'application des conventions collectives nationales des industries de carrières et matériaux de construction, tel que défini ci-après par référence à la nomenclature d'activités et de produits de 1973 :

- dans la classe 14 : minéraux divers ;
- le groupe 14.02 : matériaux de carrières pour l'industrie ;
- dans la classe 15 : matériaux de construction ;
- le groupe 15.01 : sables et graviers d'alluvions ;
- le groupe 15.02 : matériaux concassés de roches et de laitier ;
- le groupe 15.03 : pierres de construction (à l'exception de l'ardoise) ;
- le groupe 15.05 : plâtres et produits en plâtre (à l'exception des entreprises appliquant la convention collective de l'industrie du ciment) ;
- le groupe 15.07 : béton prêt à l'emploi ;
- le groupe 15.09 : matériaux de construction divers ;
- dans la classe 87 : services divers (marchands) ;
- le groupe 87.05 : pour partie, services funéraires (marbrerie funéraire).

**Avenant n° 98 du 21 octobre 2021**  
relatif à la prévoyance

NOR : ASET2151238M

IDCC : 733

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

**FDCF,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FNECS CFE CGC ;**

**FS CFDT ;**

**CGT CSD ;**

**UNSA FCS ;**

**FEC FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Par avenant n° 64 du 6 octobre 2008, conclu dans le cadre de la convention collective des détaillants en chaussure du 27 juin 1973, les partenaires sociaux ont institué un régime de prévoyance présentant un degré élevé de solidarité au bénéfice de l'ensemble des salariés de la branche des détaillants en chaussures.

Conformément à leurs engagements, les partenaires sociaux ont décidé de procéder à un nouvel appel d'offres pour d'une part, recommander un organisme assureur pour une nouvelle période quinquennale débutant au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et d'autre part, mettre à jour les niveaux de cotisations du régime.

Le présent avenant a pour objectif d'intégrer les modifications qui font suite à l'appel d'offres précité.

**Article 1<sup>er</sup> | Organismes recommandés**

L'article 50 du chapitre XXVIII de la convention collective, consacré à la mutualisation professionnelle est modifié comme suit :

« Dans l'objectif de faciliter la gestion de la couverture santé pour toutes les entreprises de la branche, les partenaires sociaux ont décidé, au terme de la procédure

définie aux articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, de recommander les organismes assureurs :

- Malakoff humanis prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, recommandé pour l'assurance des garanties prévoyance : incapacité de travail, invalidité et décès ;
- OCIRP, union d'institutions de prévoyance régie par l'article L. 931-2 du code de la sécurité sociale, pour l'assurance des garanties de prévoyance : rente éducation et rente de conjoint.

Étant précisé que Malakoff Humanis prévoyance reçoit mandat par l'OCIRP pour agir en son nom dans la mise en œuvre et la gestion des garanties qu'elle assure.

Par l'effet de cette recommandation qui a donné lieu à l'établissement d'un contrat d'assurance cadre établi par Malakoff Humanis prévoyance et auquel peuvent adhérer toutes les entreprises de la profession aux conditions identiques notamment de cotisations, Malakoff Humanis prévoyance bénéficie de la recommandation de la branche, de telle sorte qu'il est chargé, par les signataires du présent avenant, d'informer les entreprises de la branche de l'existence du présent avenant et de recueillir, autant qu'ils le souhaiteront, leurs adhésions.

Les relations entre la profession et Malakoff Humanis prévoyance font l'objet de conventions distinctes précisant les engagements de Malakoff Humanis prévoyance.

Dans des conditions qui seront définies par convention telle que visée à l'article 51 de la CCN, Malakoff Humanis prévoyance crée un fonds social de solidarité garantissant des prestations à degré élevé de solidarité qui sera alimenté par 2 % des cotisations.

La recommandation vaut, sauf résiliation à l'initiative des signataires du présent avenant, jusqu'au 31 décembre 2026. Les partenaires sociaux seront réunis au plus tard dans le courant du premier semestre 2026 pour examiner toute nouvelle recommandation.

La résiliation peut être décidée à la majorité de ses membres en commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation, tous les ans au 1<sup>er</sup> janvier après notification à l'organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Chaque année, au plus tard le 30 septembre, l'organisme assureur recommandé soumet à l'approbation de ladite commission paritaire les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre précédent, ainsi que d'une manière générale tous les documents ou informations nécessaires à l'exercice de cette mission.

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de résultat en conformité avec les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, sont détaillés dans les engagements contractuels signés entre les parties signataires du présent accord et l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion du régime professionnel de santé.

L'organisme recommandé produit également, pour approbation par les partenaires sociaux, le rapport annuel sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre prévu par l'alinéa 3 de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les organismes recommandés sont chargés de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'obligent à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord, ce qui entraîne notamment la conséquence suivante : ils s'obligent à accepter l'adhésion de toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, y compris les entreprises qui ne pourraient trouver auprès des autres assureurs l'application de la couverture de la branche au tarif proposé en raison de l'état de santé ou de la situation des salariés qu'elle emploie. »

Les partenaires sociaux de la branche des détaillants en chaussures ont convenu de créer un fonds de solidarité. Celui-ci est défini à l'article 51 du chapitre XXVIII de la convention collective relatif au régime de prévoyance.

L'article 51 est modifié comme suit :

### « Article 51 | *Degré élevé de solidarité du régime prévoyance*

#### 51.1. Fonds de solidarité

Le présent accord présente un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

La part de cotisation affectée au financement d'actions de solidarité spécifiques est fixée à 2 % sur les cotisations versées par les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Ce financement et la mise en place des actions de solidarité incombent donc également aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, et ayant choisi de souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur autre que ceux recommandés.

Cette contribution doit permettre à l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche de bénéficier d'un fonds de solidarité. Ce fonds garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques définies par l'article 51.2 du présent accord pour l'ensemble des salariés et entreprises relevant de la convention collective des détaillants en chaussures.

Un règlement est établi entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux de la branche afin de permettre la mise en œuvre des actions de solidarité pour les entreprises ayant adhéré à l'organisme assureur recommandé.

#### 51.2. Actions de solidarité spécifiques

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de prévoyance prévoit :

- le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique, notamment des campagnes nationales d'information ou de programmes de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- Les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité et comportements en termes de consommation médicale ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale pouvant comprendre notamment :
  - à titre individuel, l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
  - à titre collectif, des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit ou des aidants familiaux. »



### Article 3 | Modifications des garanties

L'article 47 de la CCN est modifié comme suit :

#### « Les garanties prévoyance à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut limitées aux tranches T1 et T2 (limitée à 4 PASS).

	Personnel affilié à l'Agirc	Personnel non affilié à l'Agirc
Garanties décès		
<b>Capital décès « toutes causes » ou invalidité absolue et définitive (IAD)</b> – marié, en concubinage ou ayant conclu un PACS sans enfant à charge ; – célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans enfant à charge ; – majoration par personne à charge.	250 %  175 %  50 %	150 %  100 %  50 %
<b>Capital décès ou invalidité absolue et définitive (IAD) « accidentel »</b> – marié, en concubinage ou ayant conclu un Pacs sans enfant à charge ; – célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans enfant à charge ; – majoration par personne à charge.	500 %  350 %  100 %	300 %  200 %  100 %
<b>Double effet</b> En cas de décès du conjoint ou concubin ou pacsé postérieur ou simultané au décès du participant, un capital est versé à parts égales aux enfants à charge.	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes
<b>Frais d'obsèques</b> En cas de décès du participant, une allocation est versée.	2 PMSS limitée aux frais réels	2 PMSS limitée aux frais réels
<b>Rente temporaire d'éducation*</b> En cas de décès du participant ou d'invalidité absolue et définitive (IAD), versement d'une rente temporaire d'éducation immédiate au profit de chaque enfant à charge : – jusqu'au 12 <sup>e</sup> anniversaire ; – du 12 <sup>e</sup> au 18 <sup>e</sup> anniversaire ; – du 18 <sup>e</sup> au 26 <sup>e</sup> anniversaire, si toujours à charge au sens du régime.	6 % 8 % 12 %	6 % 8 % 12 %
<b>Rente viagère de conjoint*</b> <b>(marié, pacsé ou concubin)</b> En cas de décès du participant ou d'invalidité absolue et définitive (IAD), versement d'une rente viagère au conjoint ou assimilé.	10 %	10 %

	Personnel affilié à l'Agirc	Personnel non affilié à l'Agirc
<b>Garanties incapacité temporaire de travail – sous déduction des prestations sécurité sociale et du salaire maintenu par l'employeur au titre de la convention collective<sup>[2]</sup></b>		
<b>Franchises</b>		
– participant ayant moins d'un an d'ancienneté : 90 jours continus ;	75 %	75 %
– participant ayant au moins un an d'ancienneté et plus : en relais et complément du maintien de salaire total ou partiel par l'employeur.	100 %	75 %
<b>Garanties invalidité – sous déduction des prestations sécurité sociale<sup>[2]</sup></b>		
<b>Rente d'invalidité 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie, rente acci- dent du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %</b>	75 %	75 %
– rente d'invalidité 1 <sup>re</sup> catégorie ;	40 %	40 %
– rente accident du travail ou maladie profession- nelle d'un taux inférieur à 66 %.	Le versement de la rente est suspendu	Le versement de la rente est suspendu
[1] T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire limitée à 4 PASS.		
[2] Dans la limite de la règle de cumul visée aux conditions générales.		
*Garanties assurées par Malakoff Humanis prévoyance, institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis, à l'exception de la rente éducation, rente de conjoint assurées par l'OCIRP (organisme commun des institutions de rente et de prévoyance).		

## Article 4 | Taux de cotisations

L'article 48 de la convention collective est modifié comme suit :

### « Les cotisations à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022

Les cotisations sont exprimées en pourcentage des tranches 1 et 2 du salaire brut.

Taux contractuels à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Cadres	T1	T2 (limitée à 4 PASS)
Décès	0,59 %	0,59 %
Rente éducation	0,12 %	0,12 %
Rente de conjoint	0,24 %	0,24 %
Incapacité temporaire de travail	0,62 %	1,04 %
Invalidité	0,55 %	1,17 %
Total	2,12 %	3,16 %
Répartition employeur	1,58 %	1,58 %
Répartition salarié	0,54 %	1,58 %

Non cadres	T1	T2 (limitée à 4 PASS)
Décès	0,24 %	0,24 %
Rente éducation	0,07 %	0,07 %
Rente de conjoint	0,17 %	0,17 %

Non cadres	T1	T2 (limitée à 4 PASS)
Incapacité temporaire de travail	0,44 %	0,44 %
Invalidité	0,47 %	0,47 %
Total	1,39 %	1,39 %
Répartition employeur	0,695 %	0,695 %
Répartition salarié	0,695 %	0,695 %

Taux appelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2023.

Cadres	T1	T2 (limitée à 4 PASS)
Décès	0,59 %	0,59 %
Rente éducation	0,10 %	0,12 %
Rente de conjoint	0,19 %	0,19 %
Incapacité temporaire de travail	0,62 %	1,04 %
Invalidité	0,55 %	1,17 %
Total	2,05 %	3,11 %
Répartition employeur	1,58 %	1,58 %
Répartition salarié	0,47 %	1,55 %

Non cadres	T1	T2 (limitée à 4 PASS)
Décès	0,24 %	0,24 %
Rente éducation	0,06 %	0,06 %
Rente de conjoint	0,14 %	0,14 %
Incapacité temporaire de travail	0,44 %	0,44 %
Invalidité	0,47 %	0,44 %
Total	1,35 %	1,35 %
Répartition employeur	0,68 %	0,68 %
Répartition salarié	0,67 %	0,67 %

## Article 5 | *Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail*

Il est ajouté un article 44 *bis* intitulé : « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » :

« Conformément aux dispositions de l'instruction interministérielle DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021, les garanties de prévoyance sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, dès lors que pendant cette période, ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue

durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail. »

## **Article 6**

L'article 54 de la CCN relatif à la commission paritaire de prévoyance est supprimé, cette commission ayant été remplacée par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation conformément à l'avenant n° 79 du 8 décembre 2014.

## **Article 7 | Entreprises concernées par l'avenant**

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des détaillants en chaussures quel que soit leur effectif.

La branche est très majoritairement composée d'entreprises dont l'effectif est inférieur à 50 salariés et le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

Aussi, dans le cadre de la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent avenant ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

## **Article 8 | Effet. Durée. Extension**

Le présent avenant prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022, il est conclu pour une durée maximale de 5 ans.

La partie la plus diligente des organisations signataires en notifie le texte à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt et d'extension en application des dispositions du code du travail en vigueur.

## **Article 9 | Révision. Dénonciation**

La révision pourra prendre effet dans les conditions prévues par le code du travail.

L'avenant pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois conformément aux dispositions du code du travail.

Les modalités de dénonciation sont fixées conformément au code du travail. Les nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

*Fait à Paris, le 21 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)

**Avenant n° 99 du 21 octobre 2021**  
à l'accord du 15 septembre 2015  
relatif à la mise en place d'un régime frais de santé

NOR : ASET2151241M

IDCC : 733

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

**FDCF,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FNECS CFE-CGC ;**

**FS CFDT ;**

**CGT CSD ;**

**UNSA FCS ;**

**FEC FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Par accord collectif du 15 septembre 2015, les partenaires sociaux ont institué un régime de frais de santé présentant un degré élevé de solidarité au bénéfice de l'ensemble des salariés de la branche des détaillants en chaussures.

Conformément à leurs engagements, les partenaires sociaux ont décidé de procéder à un nouvel appel d'offres pour d'une part, recommander un organisme assureur pour une nouvelle période quinquennale débutant au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Le présent avenant a pour objectif d'intégrer les modifications qui font suite à l'appel d'offres précité.

L'article 8 de l'accord du 15 septembre 2015, consacré à la mutualisation professionnelle est modifié comme suit :

**« Article 8.1 | *Organisme recommandé pour la mutualisation professionnelle***

Dans l'objectif de faciliter la gestion de la couverture santé pour toutes les entreprises de la branche, les partenaires sociaux ont décidé, au terme de la procédure définie aux articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, de recommander l'organisme assureur Malakoff Humanis prévoyance.

Par l'effet de cette recommandation qui a donné lieu à l'établissement d'un contrat d'assurance cadre établi par Malakoff Humanis prévoyance et auquel peuvent adhérer toutes les entreprises de la profession aux conditions identiques notamment de cotisations, Malakoff Humanis prévoyance bénéficie de la recommandation de la branche, de telle sorte qu'il est chargé, par les signataires du présent avenant, d'informer les entreprises de la branche de l'existence du présent avenant et de recueillir, autant qu'ils le souhaiteront, leurs adhésions.

Les relations entre la profession et Malakoff Humanis prévoyance font l'objet de conventions distinctes précisant les engagements de Malakoff Humanis prévoyance.

La recommandation vaut, sauf résiliation à l'initiative des signataires du présent avenant, jusqu'au 31 décembre 2026. Les partenaires sociaux seront réunis au plus tard dans le courant du premier semestre 2026 pour examiner toute nouvelle recommandation.

L'organisme recommandé est chargé de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'oblige à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord, ce qui entraîne notamment la conséquence suivante :

- il s'oblige à accepter l'adhésion de toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, y compris les entreprises qui ne pourraient trouver auprès des autres assureurs l'application de la couverture de la branche au tarif proposé en raison de l'état de santé ou de la situation des salariés qu'elle emploie.

**Article 8.2 | *Degré élevé de solidarité***

Dans des conditions qui seront définies par convention telle que visée à l'article 8.1, Malakoff Humanis prévoyance crée un fonds social de solidarité garantissant des prestations à degré élevé de solidarité qui sera alimenté par 2 % des cotisations.

Ce financement et la mise en place des actions de solidarité incombent donc également aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, et ayant choisi de souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur autre que celui recommandé.

**Article 8.3 | *Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle***

L'organisme est recommandé pour une durée de 5 ans. Cependant, le choix de l'organisme recommandé peut être modifié par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1<sup>er</sup> janvier après notification à l'organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

**Article 8.4 | *Comptes de résultats et rapport annuel***

Chaque année, au plus tard le 30 juin, l'organisme assureur recommandé soumet à l'approbation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interpré-

tation les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre précédent, ainsi que d'une manière générale tous les documents ou informations nécessaires à l'exercice de cette mission.

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de résultat en conformité avec les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, sont détaillés dans les engagements contractuels signés entre les parties signataires du présent accord et l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion du régime professionnel de santé.

L'organisme recommandé produit également, pour approbation par les partenaires sociaux, le rapport annuel sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre prévu par l'alinéa 3 de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. »

## **Article 2 | Fonds de solidarité de la branche**

Les partenaires sociaux de la branche des détaillants en chaussures ont convenu de créer un fonds de solidarité. L'article 10 est rédigé comme suit :

### **« Article 10 | Degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé**

#### **10.1. Actions de solidarité spécifiques.**

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé prévoit :

- le financement d'actions de prévention de santé publique, ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique, notamment des campagnes nationales d'information ou de programmes de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité, et comportements en termes de consommation médicale ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale pouvant comprendre notamment :
  - à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
  - à titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit ou des aidants familiaux.

#### **10.2. Action sociale institutionnelle et degré élevé de solidarité**

Le régime professionnel de santé prévoit l'obligation de proposer à tous les salariés des entreprises relevant de la convention collective de la branche et aux ayants droit de ses salariés le bénéfice d'une action sociale dite institutionnelle, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles.

Elle est mise en œuvre et financée par l'organisme en charge de l'assurance du régime de l'entreprise.

Au-delà de l'action sociale institutionnelle, un degré élevé de solidarité, spécifique au régime professionnel de santé, est mis en œuvre. »

### Article 3 | Les garanties du régime

L'article 4.1 relatif aux garanties est modifié comme suit :

#### « Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	Base (si choisi)	Base + option 1 (si choisi)	Option 2 (si choisi)
<b>Hospitalisation*</b>			
Frais de séjour			
Séjour conventionné ou non	100 % BR	150 % BR	300 % BR
Honoraires			
Conventionnés OPTAM/OPTAM-CO**	100 % BR	170 % BR	300 % BR
Conventionnés non OPTAM/OPTAM-CO**	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Non conventionnés OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	170 % BR	300 % BR
Non conventionnés non OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Chambre particulière</b> (hors maternité) – Par jour	-	60 €	80 €
<b>Lit accompagnant</b> – Par jour	30 €	30 €	30 €
Participation forfaitaire sur les actes coûteux	FR	FR	FR
Frais de transport sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR <sup>[5]</sup>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Soins courants*</b>			
<b>Visites, consultations, consultations en ligne :</b>			
– médecins adhérents au OPTAM/OPTAM-CO** ;	100 % BR	180 % BR	250 % BR
– médecins non adhérents au OPTAM/OPTAM-CO**.	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Petite chirurgie et Actes de spécialité :</b>			
– OPTAM/OPTAM-CO** ;	100 % BR	180 % BR	250 % BR
– non OPTAM/OPTAM-CO**.	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100 % BR	150 % BR	150 % BR
<b>Radiologie, imagerie médicale, échographie :</b>			
– OPTAM/OPTAM-CO ;	100 % BR	170 % BR	250 % BR
– non OPTAM/OPTAM-CO** ;	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Participation forfaitaire sur les actes coûteux</b>	FR	FR	FR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Médicaments*</b>			
<b>Frais pharmaceutiques remboursés par la SS</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Dentaires*</b>			
Soins et prothèses 100 % santé <sup>[1]</sup>			
Couronnes et bridges et autres prothèses du panier dentaire	SRAP <sup>[3]</sup>	SRAP <sup>[3]</sup>	SRAP <sup>[3]</sup>



	Base (si choisi)	Base + option 1 (si choisi)	Option 2 (si choisi)
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Inlays-onlays remboursés par la SS	125 % BR	250 % BR	350 % BR
<b>Prothèses autre que 100 % santé</b>			
Prothèses dentaires à tarifs libres ou modérés, remboursées SS :			
– couronnes, bridges et inter de bridges ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– couronnes transitoires ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– couronnes sur implant ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– prothèses dentaires amovibles ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– réparations sur prothèses ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– geste complémentaire ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– inlays-cores.	125 % BR	250 % BR	350 % BR
Implants refusées SS	-	-	300 €
Orthodontie acceptée SS	125 % BR	250 % BR	350 % BR
<b>Optique<sup>[2]</sup></b> <b>Forfaits exprimés y compris le remboursement de la sécurité sociale, avec un maximum de 100 € pour la monture</b>			
Équipement 100 % santé – Classe A	SRAP <sup>[4]</sup>	SRAP <sup>[4]</sup>	SRAP <sup>[4]</sup>
Équipement autre que 100 % santé – Classe B <sup>[6]</sup>			
2 Verres simples + 1 monture (A)	100 €	200 €	300 €
2 Verres complexes + 1 monture (C)	200 €	300 €	400 €
2 Verres très complexes + 1 monture (F)	300 €	400 €	500 €
1 verre simple + 1 verre complexe + 1 monture ((A)+ (C) ÷ 2)	150 €	250 €	350 €
1 verre simple + 1 verre très complexe + 1 monture ((A)+ (F) ÷ 2)	200 €	300 €	400 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe + 1 monture ((C)+ (F) ÷ 2)	250 €	350 €	450 €
Lentilles acceptée SS ou non/an (avec un minimum de 100 % BR)	100 €	200 €	300 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux/an)	-	-	500 €
<b>Maternité</b>			
Forfait maternité/adoption	100 €	300 €	450 €
Chambre particulière	60 € / jour	80 € / jour	80 € / jour
<b>Autres*</b>			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, consultation diététicien prescrite par un médecin pour enfant	-	30 € / séance max : 3 séances/an	40 € / séance max : 4 séances/an
Pharmacie prescrite non remboursée y compris moyens contraceptifs, sevrage tabagique, ostéodensitométrie	-	30 € / an	50 € / an

	Base (si choisi)	Base + option 1 (si choisi)	Option 2 (si choisi)
Cure thermales acceptée SS	-	100 % BR	300 €
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	200 % BR	300 % BR	300 % BR
<b>Aides Auditives*</b>			
Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Équipement 100 % santé – Classe I	SRAP [4]	SRAP [4]	SRAP [4]
Équipement autre que 100 % santé – Classe II	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la sécurité sociale	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Services</b>			
Assistance	Incluse	Incluse	Incluse
BR = Base de remboursement, SS = Sécurité sociale, FR = Frais réels, TM = Ticket modérateur, PMSS = Plafond mensuel de la sécurité sociale, SRAP = Sans reste à payer.			
(*) remboursements limités aux dépenses engagées et effectués dans le respect des contrats responsables.			
(**) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en chirurgie et obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site <a href="http://annuaire.sante.ameli.fr">annuaire.sante.ameli.fr</a> est à la disposition de tous.			
[1] Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.			
[2] Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les 2 ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage. La périodicité de 2 ans ou de 1 an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1 <sup>er</sup> élément de l'équipement (monture ou verres). L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale.			
[3] Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux conditions générales.			
[4] Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales.			
[5] SMUR : service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.			

## Article 4 | **Modification des cas de maintien des garanties**

L'article 5.3.2 de l'accord du 15 septembre 2015 intitulé « Cas de maintien des garanties du régime professionnel de santé », est modifié comme suit :

« Les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Les garanties sont également maintenues aux bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (dont activité partielle et autre congés rémunérés...).

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Dans ces différents cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes (salariales et patronales).

En outre, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, les garanties du régime professionnel de santé seront accordées moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (salariales + patronales) par le salarié dans les conditions tarifaires prévues dans le tableau de l'article 6.1 dénommé "droits de suite." »

## Article 5 | Taux de cotisations

L'article 6.1 de l'accord du 15 septembre 2015 est modifié comme suit :

« Les présents tableaux de cotisations annulent et remplacent les tableaux applicables précédemment.

### Régime général

	Salarié seul et contrat suspendu	Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	Affiliation par enfant à charge <sup>[1]</sup>
Base obligatoire	0.95 %	+ 1.09 %	+ 0.54 %
Niveau 1 facultatif en surcoût de la base	+ 0.61 %	+ 0.70 %	+ 0.37 %
Niveau 2 facultatif en surcoût de la base	+ 1.14 %	+ 1.31 %	+ 0.68 %
Base + Niveau 1 obligatoire	1.45 %	+ 1.67 %	+ 0.85 %
Niveau 2 facultatif en surcoût de la base + Niveau 1	+ 0.45 %	+ 0.52 %	+ 0.26 %
Base + Niveau 2 obligatoire	1.81 %	+ 2.08 %	+ 1.05 %

[1] Gratuité au 3<sup>e</sup> enfant.

### Régime Alsace-Moselle

	Salarié seul et contrat suspendu	Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	Affiliation par enfant à charge <sup>[1]</sup>
Base obligatoire	0.48 %	+ 0.55 %	+ 0.27 %
Niveau 1 facultatif en surcoût de la base	+ 0.61 %	+ 0.70 %	+ 0.37 %
Niveau 2 facultatif en surcoût de la base	+ 1.14 %	+ 1.31 %	+ 0.68 %
Base + Niveau 1 obligatoire	0.96 %	+ 1.11 %	+ 0.57 %
Niveau 2 facultatif en surcoût de la base + Niveau 1	+ 0.45 %	+ 0.52 %	+ 0.26 %
Base + Niveau 2 obligatoire	1.32 %	+ 1.52 %	+ 0.78 %

[1] Gratuité au 3<sup>e</sup> enfant.

La répartition globale employeur/salarié est de 55,6 % employeur, 44,4 % salarié sur la base obligatoire salarié.

En cas de majoration pour déséquilibre technique, la hausse de cotisation qui s'ensuivrait serait répartie entre part patronale et part salariale de sorte que cette répartition globale entre part patronale et salariale soit ramenée à 50 / 50.

	Régime Général			Régime Alsace-Moselle		
	Base obligatoire	Base + niveau 1 obligatoire	Base + niveau 2 obligatoire	Base obligatoire	Base + niveau 1 obligatoire	Base + niveau 2 obligatoire
Contrat suspendu, licencié, invalide, préretraité, retraité 1 <sup>re</sup> année	0,95 %	1,45 %	1,81 %	0,48 %	0,96 %	1,32 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin 1 <sup>re</sup> année	1,09 %	1,67 %	2,08 %	0,55 %	1,11 %	1,52 %
Affiliation par enfant à charge 1 <sup>re</sup> année	0,54 %	0,85 %	1,05 %	0,27 %	0,57 %	0,78 %
Contrat suspendu, licencié, invalide, préretraité, retraité 2 <sup>e</sup> année	1,18 %	1,81 %	2,26 %	0,60 %	1,20 %	1,65 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin 2 <sup>e</sup> année	1,36 %	2,08 %	2,60 %	0,68 %	1,38 %	1,90 %
Affiliation par enfant à charge 2 <sup>e</sup> année	0,67 %	1,06 %	1,31 %	0,33 %	0,71 %	0,97 %
Contrat suspendu, licencié, invalide, préretraité, retraité 3 <sup>e</sup> année	1,42 %	2,17 %	2,71 %	0,72 %	1,44 %	1,98 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin 3 <sup>e</sup> année	1,63 %	2,50 %	3,12 %	0,82 %	1,66 %	2,28 %
Affiliation par enfant à charge 3 <sup>e</sup> année	0,81 %	1,27 %	1,57 %	0,40 %	0,85 %	1,17 %
Contrat suspendu, licencié, invalide, préretraité, retraité au-delà de la 3 <sup>e</sup> année <sup>[2]</sup>	1,42 %	2,17 %	2,71 %	0,72 %	1,44 %	1,98 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin au-delà de la 3 <sup>e</sup> année <sup>[2]</sup>	1,63 %	2,50 %	3,12 %	0,82 %	1,66 %	2,28 %
Affiliation par enfant à charge au-delà de la 3 <sup>e</sup> année <sup>[2]</sup>	0,81 %	1,27 %	1,57 %	0,40 %	0,85 %	1,17 %

[2] À piloter en fonction des résultats du régime.

## Article 6 | Entreprises concernées par l'avenant

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des détaillants en chaussures quel que soit leur effectif.

La branche est très majoritairement composée d'entreprises dont l'effectif est inférieur à 50 salariés et le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

Aussi, dans le cadre de la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que

l'objet du présent avenant ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

#### **Article 7 | Effet. Durée. Extension**

Le présent avenant prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022, il est conclu pour une durée maximale de 5 ans.

La partie la plus diligente des organisations signataires en notifie le texte à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt et d'extension en application des dispositions du code du travail en vigueur.

#### **Article 8 | Révision. Dénonciation**

La révision pourra prendre effet dans les conditions prévues par le code du travail.

L'avenant pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois conformément aux dispositions du code du travail.

Les modalités de dénonciation sont fixées conformément au code du travail. Les nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

*Fait à Paris, le 21 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)

**Avenant n° 4 du 20 octobre 2021**

à l'avenant n° 11 du 16 avril 2008  
relatif au régime frais de santé

NOR : ASET2151237M

IDCC : 2596

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

**CNEC ;**

**UNEC,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FGTA FO ;**

**FS CFDT ;**

**UNSA FCS ;**

**CGT FCS,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Les partenaires sociaux conviennent d'apporter des améliorations aux garanties du régime frais de santé conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes du 10 juillet 2006.

Les tableaux de garanties, figurant à l'article 3 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 (modifié) relatif au régime frais de santé, sont supprimés et sont remplacés par ceux figurant à l'article 2 du présent avenant.

**Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application**

Le champ d'application du présent avenant est identique à celui de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 relatif au régime frais de santé, conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la Coiffure et des professions connexes du 10 juillet 2006.

## Article 2 | Modification de l'article 3 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008

Les tableaux des garanties de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 sont modifiés concernant le remboursement de la chambre particulière en ambulatoire, du poste « Accessoires, appareillages, orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO », des médecines douces, et du forfait « contraception ».

En conséquence, l'intégralité des tableaux de garanties figurant à l'article 3 « Garanties » sont supprimés et remplacés par les tableaux insérés ci-après.

Les tableaux de garanties sont conformes aux dispositions des contrats responsables, prévues par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale ainsi qu'au panier de soin minimum ANI prévu par les articles L. 911-7 du code de la sécurité sociale, D. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
<b>Hospitalisation</b>				
<b>Honoraires, actes et soins</b> (Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.)				
Médecins signataires DPTM	135 % BR	170 % BR	220 % BR	535 % BR
Médecins non-signataires DPTM	115 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR
Participation du patient <sup>[1]</sup>	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>Séjours</b>				
Frais de séjour en secteur conventionné	145 % BR	170 % BR	220 % BR	545 % BR
Frais de séjour en secteur non conventionné	145 % BR	170 % BR	220 % BR	245 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait patient urgences	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière avec ou sans nuitée (= ambulatoire) en médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (convalescence, rééducation...) <sup>[2]</sup>	15 € / jour	70 € / jour	70 € / jour	70 € / jour
Frais d'accompagnement <sup>[3]</sup> Pour un enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat (âge apprécié à la date des soins).	Néant	35 € / jour	35 € / jour	35 € / jour
Lit d'accompagnement <sup>[4]</sup>	15 € / jour	25 € / jour	30 € / jour	35 € / jour
<b>Soins courants</b>				
<b>Honoraires médicaux</b> Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes				
Médecins signataires DPTM	120 % BR	140 % BR	190 % BR	250 % BR
Médecins non-signataires DPTM	100 % BR	115 % BR	165 % BR	200 % BR
Sages-femmes	120 % BR	140 % BR	190 % BR	250 % BR

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100 % BR	125 % BR	175 % BR	250 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>				
Remboursés par l'AMO	100 % BR	125 % BR	175 % BR	250 % BR
Non remboursés par l'AMO	50 % des frais réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des frais réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des frais réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des frais réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire
<b>Actes d'imagerie</b>				
Médecins signataires DPTM	100 % BR	135 % BR	185 % BR	250 % BR
Médecins non-signataires DPTM	100 % BR	115 % BR	165 % BR	200 % BR
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>				
Médecins signataires DPTM	100 % BR	135 % BR	185 % BR	250 % BR
Médecins non-signataires DPTM	100 % BR	115 % BR	165 % BR	200 % BR
Participation du patient <sup>(1)</sup>	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>Médicaments</b>				
Médicaments à service médical rendu important	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Matériel médical</b>				
Accessoires, appareillages, orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques, capillaires et mammaires)	125 % BR	150 % BR	175 % BR	250 % BR
Prothèses capillaires et implants mammaires remboursés par l'AMO	100 % BR + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)
<b>Transports</b>				
Transports prescrits remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR



Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
<b>Dentaire</b>				
Soins, actes et consultations	125 % BR	150 % BR	200 % BR	275 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	175 % BR	225 % BR	275 % BR	325 % BR
<b>Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement)</b> <b>Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé</b> <b>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.</b>				
Prothèses	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>Prothèses hors 100 % santé</b> <b>Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé</b> <b>Panier à honoraires maîtrisés – Actes soumis à des honoraires limites de facturation</b>				
Inlays onlays	270 % BR	320 % BR	370 % BR	420 % BR
Prothèses	270 % BR	370 % BR	470 % BR	570 % BR
<b>Panier à honoraires libres</b>				
Inlays onlays	270 % BR	320 % BR	370 % BR	420 % BR
Prothèses	270 % BR	370 % BR	470 % BR	570 % BR
<b>Actes non remboursés par l'AMO</b>				
Implantologie	400 € par année civile et par bénéficiaire	425 € par année civile et par bénéficiaire	450 € par année civile et par bénéficiaire	500 € par année civile et par bénéficiaire
Parodontologie	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire
Prothèses	Néant	150 % BRR	200 % BRR	300 % BRR
<b>Optique</b>				
<b>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale).</b> <b>1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.</b> <b>Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)</b> <b>Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture)</b> <b>Classe A</b> <b>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.</b>				
Monture	Frais Réels			Frais Réels
Verres : tous types de correction	Frais Réels			Frais Réels
Prestations d'appairage	Frais Réels			Frais Réels

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
<b>Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture)</b>				
<b>Classe B – Tarifs libres</b>				
Monture	100 €	100 €	100 €	100 €
Verre simple (forfait par verre)	100 % BR + 80 €	100 % BR + 99 €	100 % BR + 110 €	100 % BR + 127 €
Verre complexe (forfait par verre)	100 % BR + 80 €	100 % BR + 99 €	100 % BR + 110 €	100 % BR + 127 €
Verre très complexe (forfait par verre)	100 % BR + 80 €	100 % BR + 99 €	100 % BR + 110 €	100 % BR + 127 €
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Lentilles</b>				
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 120 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 140 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 160 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 220 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)
Lentilles non remboursées par l'AMO	120 € par année civile et par bénéficiaire	140 € par année civile et par bénéficiaire	160 € par année civile et par bénéficiaire	220 € par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	205 € par œil, par année civile et par bénéficiaire	270 € par œil, par année civile et par bénéficiaire	160 € par année civile et par bénéficiaire	510 € par œil, par année civile et par bénéficiaire
<b>Aides auditives</b>				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipement 100 % santé (tel que défini réglementairement)				
Classe I. – Soumis à des prix limites de vente				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
Aides auditives	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>Équipement hors 100 % santé</b>				
<b>Classe II. – Tarifs libres</b>				
Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	100 % BR	120 % BR	120 % BR	120 % BR
Aides auditives plus de 20 ans	100 % BR	125 % BR	175 % BR	250 % BR
Accessoires, entretien, piles, réparations	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Naissance</b>				
Allocation naissance <sup>[5]</sup>	230 €	335 €	430 €	530 €

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
<b>Bien-être et prévention</b>				
Acupuncteurs, auriculo-thérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étiopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, méso-thérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues <sup>[6]</sup>	80 € par année civile et par bénéficiaire	120 € par année civile et par bénéficiaire	120 € par année civile et par bénéficiaire	140 € par année civile et par bénéficiaire
Psychomotriciens, ergothérapeutes <sup>[6]</sup>	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile
Psychologues <sup>[6]</sup>	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile
Diététiciens <sup>[6]</sup>	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile
Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'AMO	60 € par année civile et par bénéficiaire	60 € par année civile et par bénéficiaire	60 € par année civile et par bénéficiaire	60 € par année civile et par bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO (uniquement injections)	110 € par année civile et par bénéficiaire	110 € par année civile et par bénéficiaire	110 € par année civile et par bénéficiaire	110 € par année civile et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO	50 % des Frais Réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des Frais Réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des Frais Réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des Frais Réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire
Tous les actes de prévention pris en charge par l'AMO sont remboursés à 100 % BR				

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3

B. – R. = base de remboursement (tarif officiel assurance maladie)  
 B. – RR = base de remboursement reconstituée  
 A. – MO = assurance maladie obligatoire  
 Le service médical rendu est évalué par la haute autorité de santé  
 D. – PTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée  
 Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'assurance maladie obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de l'organisme assureur si les actes ont été engagés à l'étranger  
 [1] Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.

[2] Prise en charge de la chambre particulière avec ou sans nuitée (= ambulatoire). Prise en charge dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en médecine et chirurgie. Durée limitée à 60 jours par année civile en psychiatrie, 90 jours par année civile en soins de suite et réadaptation, maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire, 240 jours par année civile en centre agréé de rééducation

[3] Nuitée, repas pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Limité à 30 jours par année civile.

[4] Nuitées pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à l'hébergement. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat

[5] Versement effectué en intégralité sur présentation de l'acte de naissance sans obligation d'inscription de l'enfant. Ce forfait est versé sur le dossier de la mère ou à défaut du père.

[6] Praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou à la tarification à l'activité (TAA).

Le taux du régime général de la sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'ALD par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

### Article 3 | *Stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés*

Les partenaires sociaux considèrent que le régime conventionnel de frais de santé de la branche de la coiffure et des professions connexes doit s'appliquer dans les mêmes conditions quelle que soit la taille de l'entreprise.

### Article 4 | *Dispositions générales*

#### Article 4.1 | *Durée et entrée en vigueur*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il s'incorpore à l'avenant du 16 avril 2008, tel qu'il résulte de ses différents avenants, qu'il modifie.

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

Il entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

#### Article 4.2 | *Dépôt et extension*

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, un exemplaire du présent accord sera déposé auprès des services centraux du ministre chargé du travail, ainsi qu'au secrétariat greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée aux services du ministre chargé du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Cet accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale prévue à l'article L. 2231-5-1 du code du travail. La version publiée ne comporte pas les noms et prénoms des négociateurs et des signataires.

Le présent accord sera notifié, par la partie la plus diligente, à l'ensemble des organisations syndicales représentatives de la branche et non signataires de celui-ci.

Enfin, en application des articles R. 2262-1, R. 2262-2 et R. 2262-3 du code du travail, il sera transmis par les structures et associations aux représentants du personnel et mention de cet accord sera faite dans les structures et associations pour sa communication avec le personnel.

Les partenaires sociaux conviennent de demander l'extension du présent avenant dans les conditions fixées aux articles L. 2261-24 et suivants du code du travail.

*Fait à Paris, le 20 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)

---

Brochure n° 3255 | Convention collective nationale

IDCC : 1619 | **CABINETS DENTAIRES**

---

**Avenant n° 8 du 7 octobre 2021**

à l'accord du 5 juin 1987  
relatif à la prévoyance

NOR : ASET2151224M

IDCC : 1619

---

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

**FSDL ;**

**UD ;**

**CDF,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FSPSS FO ;**

**FSAS CGT ;**

**UNSA santé sociaux,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Objet**

Le présent avenant a pour objet de modifier les dispositions relatives aux cotisations du régime de prévoyance de la convention collective nationale des cabinets dentaires.

Considérant la volonté des partenaires sociaux de pérenniser le régime de prévoyance de l'ensemble des salariés non-cadres et constatant la situation déficitaire dudit régime, confirmé par les pièces comptables présentées et analysées par la commission paritaire, les parties décident de procéder à un ajustement du taux de cotisations applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et conviennent des modifications suivantes.

## Article 1<sup>er</sup> | **Modification des cotisations**

Les dispositions de l'article 12 « Cotisations » de l'accord du 5 juin 1987, modifié en dernier lieu par avenant n° 7 du 27 octobre 2016, sont remplacées par celles ci-après :

« La cotisation du régime conventionnel de prévoyance est fixée à 1,56 % TA<sup>[1]</sup> et TB<sup>[2]</sup> de la rémunération définie à l'article 5.4 de la convention collective nationale des cabinets dentaires répartie à hauteur de 0,52 % TA<sup>[1]</sup> TB<sup>[2]</sup> à la charge du salarié et 1,04 % TA<sup>[1]</sup> TB<sup>[2]</sup> à la charge de l'employeur ».

## Article 2 | **Entreprises de moins de 50 salariés**

Pour l'application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, la branche professionnelle des cabinets dentaires libéraux est très majoritairement composée des très petites entreprises (TPE), donc de moins de 50 salariés.

Dès lors, les partenaires sociaux ont nécessairement pris en compte leurs spécificité pour rédiger le présent texte, c'est pourquoi celui-ci ne comporte pas de règles particulières à leur sujet.

## Article 3 | **Date d'effet**

Le présent avenant entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

## Article 4 | **Formalités administratives**

### 4.1. Dépôt légal

Le présent avenant sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signé des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministère chargé du travail, dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

### 4.2. Extension

La partie la plus diligente s'engage à demander dans les meilleurs délais l'extension dans les conditions prévues par l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

*Fait à Paris, le 7 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)

[1] Tranche A (TA) : partie du salaire brut limitée au plafond annuel de la sécurité sociale.

[2] Tranche B (TB) : partie du salaire brut comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

---

Brochure n° 3255 | Convention collective nationale

IDCC : 1619 | **CABINETS DENTAIRES**

---

**Avenant n° 9 du 7 octobre 2021**  
au protocole d'accord du 5 juin 1987 relatif à la prévoyance

NOR : ASET2151225M

IDCC : 1619

---

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

**FSDL ;**

**UD ;**

**CDF,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FSPSS FO ;**

**FSAS CGT ;**

**CFE-CGC santé et action sociale ;**

**UNSA santé sociaux,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Objet**

Le présent avenant a pour objet de modifier les dispositions relatives aux cotisations du régime de prévoyance de la convention collective nationale des cabinets dentaires.

Considérant la volonté des partenaires sociaux de pérenniser le régime de prévoyance de l'ensemble des salariés non-cadres et constatant la situation déficitaire dudit régime, confirmé par les pièces comptables présentées et analysées par la commission paritaire, les parties décident de procéder à un ajustement du taux de cotisations applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 et conviennent des modifications suivantes.



## Article 1<sup>er</sup> | *Modification des cotisations*

Les dispositions de l'article 12 « Cotisations » de l'accord du 5 juin 1987, modifié en dernier lieu par avenant n° 7 du 27 octobre 2016, sont remplacées par celles ci-après :

« La cotisation du régime conventionnel de prévoyance est fixée à 1,61 % TA<sup>[1]</sup> et TB<sup>[2]</sup> de la rémunération définie à l'article 5.4 de la convention collective nationale des cabinets dentaires répartie à hauteur de 0,54 % TA<sup>[1]</sup> TB<sup>[2]</sup> à la charge du salarié et 1,07 % TA<sup>[1]</sup> TB<sup>[2]</sup> à la charge de l'employeur ».

## Article 2 | *Entreprises de moins de 50 salariés*

Pour l'application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, la branche professionnelle des cabinets dentaires libéraux est très majoritairement composée des très petites entreprises (TPE), donc de moins de 50 salariés.

Dès lors, les partenaires sociaux ont nécessairement pris en compte leurs spécificité pour rédiger le présent texte, c'est pourquoi celui-ci ne comporte pas de règles particulières à leur sujet.

## Article 3 | *Date d'effet*

Le présent avenant entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## Article 4 | *Formalités administratives*

### 4.1. Dépôt légal

Le présent avenant sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signé des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministère chargé du travail, dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

### 4.2. Extension

La partie la plus diligente s'engage à demander dans les meilleurs délais l'extension dans les conditions prévues par l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

*Fait à Paris, le 7 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)

[1] Tranche A (TA) : partie du salaire brut limitée au plafond annuel de la sécurité sociale.

[2] Tranche B (TB) : partie du salaire brut comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Brochure n° 3254 | Convention collective nationale

IDCC : **993** | **PROTHÉSISTES DENTAIRES ET PERSONNELS  
DES LABORATOIRES DE PROTHÈSES DENTAIRES**

**Avenant du 19 novembre 2021**

relatif à la modification de l'annexe III  
sur les rémunérations des apprentis pour l'année 2022

NOR : ASET2151250M

IDCC : 993

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

**UNPPD,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFDT ;**

**FO ;**

**UNSA,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Une actualisation de l'annexe 3 de la convention collective nationale des prothésistes dentaires et laboratoires de prothèse dentaire.

La rémunération des apprentis préparant la formation de prothésiste dentaire spécialisé en techniques numériques (PDSTN) ne peut être inférieure à :

	18 à 20 ans	21 à 25 ans	26 ans et plus
PDSTN	80 % du Smic	93 % du Smic ou si plus favorable de l'échelon « auxiliaire en prothèse dentaire »	100 % du Smic ou si plus favorable de l'échelon « auxiliaire en prothèse dentaire »

Les parties signataires du présent accord considèrent qu'il n'y a pas de spécificités d'application dudit accord aux entreprises en fonction de leur taille.

Pour cette raison, aucune stipulation particulière n'a été prise pour les entreprises de moins de cinquante salariés, conformément à l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Cette disposition interviendra à la date de parution de l'arrêté ministériel d'extension au *Journal officiel*.

*Fait à Paris, le 19 novembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3254 | Convention collective nationale

IDCC : **993** | **PROTHÉSISTES DENTAIRES ET PERSONNELS  
DES LABORATOIRES DE PROTHÈSES DENTAIRES**

**Protocole d'accord du 19 novembre 2021**  
relatif au salaire minimum conventionnel

NOR : ASET2151248M

IDCC : 993

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

**UNPPD,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFDT ;**

**FO ;**

**UNSA,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Le salaire minimum conventionnel des salariés dont la catégorie professionnelle est « Responsable de secteur » est de 2 400 € brut, mensuel pour 35 heures.

Les parties signataires conviennent que le présent accord s'applique à l'ensemble des laboratoires de prothèse dentaire le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

L'extension du présent accord sera fait à l'initiative de la partie la plus diligente.

Les parties signataires du présent accord considèrent qu'il n'y a pas de spécificités d'application dudit accord aux entreprises en fonction de leur taille.

Pour cette raison, aucune stipulation particulière n'a été prise pour les entreprises de moins de cinquante salariés, conformément à l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

*Fait à Paris, le 19 novembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

Convention collective nationale

IDCC : **3218** | **ENSEIGNEMENT PRIVÉ NON LUCRATIF (EPNL)**  
(12 juillet 2016)

**Accord n° 2021-1 du 18 mars 2021**  
relatif à la négociation annuelle obligatoire sur les salaires

NOR : ASET2151242M

IDCC : 3218

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

**CEPNL,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**SPELC ;**

**FEP CFTD ;**

**FD CFTC E&F,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

À l'invitation de la confédération de l'enseignement privé non lucratif (CEPNL) et en application des dispositions de l'article L. 2241-8 du code du travail, les organisations représentatives dans la branche EPNL se sont réunies à deux reprises le 11 mars et le 18 mars 2021, au sein de la CPPNI, dans le cadre de la négociation annuelle obligatoire sur les salaires de la convention collective de l'enseignement privé non lucratif (CC EPNL).

Le 15 mars 2021, le premier ministre a annoncé lors de la conférence du dialogue social la possibilité pour les entreprises, à terme, de verser une prime défiscalisée et exonérée de charges sociales sous certaines conditions et notamment de la centrer sur « les bas salaires ».

Les organisations représentatives signataires se sont accordées sur :

- un taux d'augmentation générale des salaires minima de branche ;
- le principe d'un versement d'une prime exonérée de charge et d'impôt sur le revenu ;
- la création d'une contribution conventionnelle finançant un abondement au CPF des salariés,

dans les conditions fixées dans le corps du présent accord.

**Article 1<sup>er</sup> | Salaires minima conventionnels**

Les salaires minima conventionnels sont revalorisés de 0,20 % à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2021. Les grilles de rémunérations minimales par section sont annexées au présent accord.

## Article 2 | Prime exceptionnelle

Dès la publication du texte prévoyant l'exonération de charges et d'impôt sur le revenu d'une prime pour l'année 2021, les organisations représentatives signataires fixeront les conditions de versement d'une prime exceptionnelle dans un accord de branche spécifique.

Cette prime de 200 € proratisée concerne les salariés ayant une rémunération brute horaire inférieure à 12,64 € (23 075 € annuels).

Les établissements scolaires et les universités et instituts catholiques ayant acté d'une prime « Covid » courant 2020 sont exonérés de cette obligation.

Les textes successifs sur la prime « PEPA » laissent une grande autonomie aux entreprises.

Les organisations représentatives signataires invitent les établissements à s'interroger, en fonction de leurs spécificités locales et possibilités économiques, sur l'extension possible de cette prime à d'autres salariés que ceux concernés ou sur une éventuelle augmentation de son montant.

## Article 3 | Capital compétences

Par accord interbranches du 3 novembre 2015, les partenaires sociaux ont créé la contribution conventionnelle « Capital compétences ».

Les organisations représentatives signataires du présent accord conviennent d'étendre la surface financière de cette contribution afin de permettre le financement :

1. De la politique certification de la branche (création, développement et renouvellement des certifications, mise en œuvre et gestion des moyens de suivi des certifications, suivi et gestion des commissions de certification et jurys) ;
2. D'études et projets pour l'Interbranches ;
3. Mais aussi, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, des actions conduisant à la création d'un parcours formation par voie d'abondement de CPF.

Les organisations signataires décident pour cela :

- de porter Capital compétences de 0,1 % à 0,3 % de la masse salariale pour les établissements ayant majoritairement des classes sous contrat afin de financer l'action 3) désignée ci-dessus ;
- de créer pour les universités catholiques une contribution de 0,2 % afin de financer l'action 3) désignée ci-dessus.

Les organisations signataires confient à la CPNE EEP Formation le soin, dans le cadre de la négociation en cours, de définir précisément les contours de cette contribution ainsi que ses modalités de versement et de gestion.

La contribution conventionnelle serait versée à l'OPCO désigné avant le 1<sup>er</sup> mars de chaque année. La contribution au CPF pourrait être appelée par un autre opérateur que l'OPCO désigné ou versée directement par la branche à la caisse des dépôts et consignations. Ladite contribution versée à l'OPCO serait alors minorée de toutes ces sommes.

Cette contribution pourrait être mutualisée dans une section comptable à part au sein de l'OPCO désigné.

Les fonds ainsi collectés pourraient être gérés par la CPNE EEP formation dans le cadre de l'enveloppe financière nommée : Capital compétences – EEP formation. Les fonds sont totalement fongibles à l'intérieur de cette ligne budgétaire.

La partie abondement conventionnel « Capital compétences » pourrait être versée sur ordre de la CPN EEP Formation par l'OPCO à la caisse des dépôts et consignation en application d'une convention la liant à elle. La CPN EEP formation veillera à l'adéquation entre le versement annuel et les besoins des salariés.

#### **Article 4 | Nature de l'accord**

Le présent accord dans le champ de la convention collective EPNL est un accord à durée indéterminée, il prend effet au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

#### **Article 5 | Modalités de dépôt**

L'accord est déposé par la CEPNL conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

Une demande d'extension est formulée à cette occasion.

L'absence de dispositions relatives aux entreprises de moins de 50 salariés est justifiée par l'objet même du présent accord.

*Fait à Paris, le 18 mars 2021.*

(Suivent les signatures.)

## **Annexe** Rémunérations minimales conventionnelles par section

### **Section 1** Dispositions particulières

Convention collective nationale des universités et instituts catholiques

*Grille de qualification et de rémunération minimum – Enseignants chercheurs*

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Catégorie	Titre	Définition	Coefficient plancher	
Enseignant chercheur	Professeur	Docteur habilité à diriger des recherches, responsable de cours de 2 <sup>e</sup> cycle et de séminaires de troisième cycle ; assure par ailleurs des responsabilités d'encadrement de doctorants, des directions de départements ou de facultés. Il partage son temps entre l'enseignement et la recherche.	3 <sup>e</sup> échelon	640
			2 <sup>e</sup> échelon	620
			1 <sup>er</sup> échelon	599
	Maître de conférences	Titulaire d'un doctorat, assurant des cours magistraux, en 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> cycles, des responsabilités d'encadrement ou de direction de départements. À une activité de recherche et peut bénéficier d'une décharge d'enseignement pour préparer une habilitation.	3 <sup>e</sup> échelon	548
			2 <sup>e</sup> échelon	518
			1 <sup>er</sup> échelon	497
Enseignant	Assistant doctorant	Titulaire d'un diplôme niveau DEA, DESS ou Master 2, chargé d'enseignement (TD, TP). Les assistants doctorants bénéficient d'une décharge d'enseignement pour préparer leur doctorat.		416

*(Voir page suivante.)*

### Grille de qualification et de rémunération minimum. Enseignant

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Catégorie	Titre	Définition	Coefficient plancher	
Enseignant	Maître de conférences	Titulaire d'un doctorat, assurant des cours, des responsabilités d'encadrement ou de direction de département. Peut bénéficier d'une décharge d'enseignement pour des activités de recherche pédagogique.	3 <sup>e</sup> échelon	548
			2 <sup>e</sup> échelon	518
			1 <sup>er</sup> échelon	497
	Maître Assistant	Titulaire d'un diplôme niveau DEA, d'un DESS ou d'un Master 2, assurant des cours, T.D, T.P, justifiant d'une expérience d'enseignement significative dans son domaine et pouvant bénéficier d'une décharge d'enseignement pour des travaux de recherche pédagogique.	3 <sup>e</sup> échelon	497
			2 <sup>e</sup> échelon	477
			1 <sup>er</sup> échelon	456
	Assistant	Titulaire d'un diplôme niveau DEA, DESS ou Master 2, assurant des cours, TD, TP	3 <sup>e</sup> échelon	456
			2 <sup>e</sup> échelon	436
			1 <sup>er</sup> échelon	416
	Attaché d'enseignement	Enseignant titulaire d'une ancienne Licence, d'une Maîtrise ou d'un Master 1, chargé d'assurer des cours, TD ou TP	3 <sup>e</sup> échelon	416
			2 <sup>e</sup> échelon	385
			1 <sup>er</sup> échelon	364

### Grille de qualification et de rémunération minimum. Personnel administratif et technique

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Catégorie	Niveau UDESCA/ AEUIC	Définition	Coefficient plancher
Cadre	G Cadre III	Fonction de direction générale.	Négocié
	F Cadre II	Fonction impliquant de larges initiatives et des responsabilités déléguées par la direction nécessitant une compétence étendue, dans un cadre stratégique prédéfini.	548
	E Cadre I	Fonction exigeant une responsabilité de gestion ou technique et/ou une coordination de personnes, compte tenu des orientations stratégiques et des objectifs retenus.	507
Agent de maîtrise	D	Emploi exigeant une connaissance technique importante avec prise d'initiatives et éventuellement animation d'équipe.	405
Employé	C Employé qualifié II	Emploi très qualifié, avec participation aux choix des modes opératoires et des moyens de contrôle appropriés.	349
	B Employé qualifié I	Emploi demandant un travail qualifié avec un suivi de procédures tenant compte de l'organisation d'un service.	329
	A Employé	Emplois comprenant des tâches répétitives, précisées par des consignes. La fonction n'exige pas de qualification particulière.	326



### Section 3 Dispositions particulières

Convention collective de travail des professeurs de l'enseignement secondaire libre enseignant dans les établissements hors contrats et dans les établissements sous contrat mais sans être contractuels

#### 1. Grilles des professeurs des classes secondaires

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Tableau d'avancement	Licence libre Licence-Maîtrise et éducation physique : assimilé Niveau II		Baccalauréat et éducation physique : autres Niveau III	
Pour un service hebdomadaire de	18 heures (éducation physique 21 h)		18 heures (éducation physique 21 h)	
Échelon	Durée	Indice	Durée	Indice
1	2 ans	331	2 ans	330
2	2 ans	337	2 ans	
3	2 ans	350	2 ans	
4	2 ans	360	2 ans	
5	2 ans	366	2 ans	
6	2 ans	374	2 ans	
7	2 ans	384	2 ans	
8	2 ans	391	2 ans	332
9	2 ans	402	2 ans	341
10	2 ans	413	3 ans	353
11	2 ans	429	4 ans	368
12	2 ans	446	4 ans	384
13	Final	456	Final	399

#### 2. Grilles des enseignants des classes élémentaires, annexées aux établissements secondaires hors contrat

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Tableau d'avancement		Avec CAP ou diplôme homologué de niveau III (27h)	Sans CAP (27h) ou diplôme homologué de niveau III	Diplôme homologué de niveau II		
Échelon	Durée	Indice	Indice	Échelon	Durée	Indice
1	2 ans	330		1	2 ans	330
2	3 ans			2	2 ans	335
3	3 ans	340	330	3	2 ans	349
4	4 ans	349		4	2 ans	359
5	4 ans	368	347	5	2 ans	366
6	4 ans	387	366	6	2 ans	374
7	4 ans	418	386	7	2 ans	385
8	5 ans	436	405	8	2 ans	391

Tableau d'avancement		Avec CAP ou diplôme homologué de niveau III (27h)	Sans CAP (27h) ou diplôme homologué de niveau III	Diplôme homologué de niveau II		
9	Final	446	420	9	2 ans	402
				10	2 ans	413
				11	2 ans	429
				12	2 ans	436
				13	2 ans	446

### 3. Grille des enseignants des classes préparatoires

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Tableau d'avancement	Classes préparatoires aux grandes écoles niveau I	
Service hebdomadaire : 18 heures		
Échelons	Durée	Indice
1	3 ans	367
2	4 ans	386
3	4 ans	405
4	4 ans	429
5	5 ans	454
6	5 ans	477
7	5 ans	511
8	5 ans	526
9	Final	555

## Section 4 Dispositions particulières

Convention collective nationale des maîtres de l'enseignement primaire privé dans les classes hors contrat et sous contrat simple et ne relevant pas de la convention collective de travail et de l'enseignement primaire catholique

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Tableau d'avancement		Classes élémentaires		
Pour un service hebdomadaire de		Avec CAP ou diplôme d'instituteur 27 h	Sans CAP ni diplôme d'instituteur 27 h	Avec diplôme homologué niveau II 27 h
Échelon	Durée	Indice	Indice	Indice
1 <sup>er</sup> échelon	2 ans	330		
2 <sup>e</sup> échelon	3 ans			
3 <sup>e</sup> échelon	4 ans	339	330	343
4 <sup>e</sup> échelon	4 ans	348		352
5 <sup>e</sup> échelon	4 ans	367	346	367
6 <sup>e</sup> échelon	4 ans	386	365	386

Tableau d'avancement		Classes élémentaires		
Pour un service hebdomadaire de		Avec CAP ou diplôme d'instituteur 27 h	Sans CAP ni diplôme d'instituteur 27 h	Avec diplôme homologué niveau II 27 h
7 <sup>e</sup> échelon	4 ans	417	385	417
8 <sup>e</sup> échelon	5 ans	435	404	435
9 <sup>e</sup> échelon	Final	445	419	445

## Section 5 Dispositions particulières

### Convention collective des psychologues de l'enseignement privé

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Ancienneté	Échelon	Durée	Indice
Jusqu'à 3 mois	1	3 mois	358
Après 3 mois	2	9 mois	385
Après 1 an	3	1 an	404
Après 2 ans	4	2 ans	427
Après 4 ans	5	2 ans et 6 mois	450
Après 6 ans et 6 mois	6	2 ans et 6 mois	478
Après 9 ans	7	2 ans et 6 mois	522
Après 11 ans et 6 mois	8	3 ans et 6 mois	562
Après 15 ans	9	3 ans et 6 mois	603
Après 18 ans et 6 mois	10	4 ans	644
Après 22 ans et 6 mois	11	4 ans et 6 mois	687
Après 27 ans	12	5 ans	729
Après 32 ans	13	--	769

## Section 6 Dispositions particulières

### Convention collective des enseignants hors contrat et des chefs de travaux exerçant des responsabilités hors contrats dans les établissements d'enseignement techniques privés

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Échelon	Durée minimum	Durée maximum	Post BAC	CAP à BAC
1	2 ans	3 ans	376	340
2	2 ans	4 ans	406	360
3	3 ans	4 ans	427	377

Échelon	Durée minimum	Durée maximum	Post BAC	CAP à BAC
4	3 ans	4 ans	447	397
5	3 ans	4 ans	466	413
6	3 ans	4 ans	486	428
7	3 ans	4 ans	506	443
8	3 ans	4 ans	558	463
9	3 ans	4 ans	562	470
10	3 ans	4 ans	568	480
11			600	514

## Section 7 Dispositions particulières

Convention collective de travail de l'enseignement primaire catholique

Au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Instituteurs hors contrat		
Échelon	Ancienneté	Indice
1	9 mois	358
2	9 mois	374
3	1 an	383
4	1 an 6 mois	390
5	1 an 6 mois	400
6	1 an 6 mois	407
7	3 ans	418
8	3 ans 3 mois	439
9	4 ans	460
10	4 ans	490
11	Jusqu'à la fin	536

## Section 8 Dispositions particulières

Convention collective nationale de travail du personnel enseignant et formateur des centres de formation continue et des centres de formation d'apprentis, des sections d'apprentissage et des unités de formation intégrés à un établissement technique privé (CFA CFC)

La valeur du point CFA-CFC est fixée à 76,56 € au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

## Section 9 Dispositions particulières

Convention collective des salariés des établissements 2015 (SEP)

La valeur du point SEP est fixée à 17,79 € au 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Convention collective nationale

IDCC : **3218** | **ENSEIGNEMENT PRIVÉ NON LUCRATIF (EPNL)**  
**(12 juillet 2016)**

**Accord n° 2021-2 du 3 septembre 2021**  
relatif aux conditions de versement de la prime « PEPA NAO 2021 »

NOR : ASET2151244M

IDCC : 3218

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

**CEPNL,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**SPELC ;**

**FEP CFDT ;**

**FD CFTC E&F,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Dans l'accord 2021-1 NAO du 18 mars 2021, les organisations représentatives se sont accordées sur le principe d'un versement d'une prime de 200 € exonérée de charge et d'impôt sur le revenu.

Ils renvoyaient à un accord de branche le soin de fixer les conditions de versement de cette prime exceptionnelle à publication du texte prévoyant son exonération de charges et d'impôt sur le revenu pour l'année 2021.

La loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021 a été publiée le 20 juillet au *Journal officiel*.

Elle prévoit dans son article 4 la reconduction du dispositif « exonération PEPA » sous condition pour les versements opérés à compter du 1<sup>er</sup> juin 2021.

Les organisations représentatives signataires fixent donc par le présent accord les conditions de versement de la prime « PEPA NAO 2021 » et corrigent une erreur matérielle de calcul commise dans l'accord NAO relative au plafond de rémunération brute horaire de référence des bénéficiaires.

## Article 1<sup>er</sup> | Prime de 200 € proratisée

Une prime désignée « Prime PEPA NAO 2021 » de 200 € est versée :

- avant le 1<sup>er</sup> décembre 2021 ;
- à chaque salarié ayant une rémunération brute horaire inférieure à 12,67 € (23 075 € annuels) au 18 mars 2021 (date de signature de l'accord NAO 2021 ;
- titulaire d'un contrat de travail à la date de versement et dont l'exécution dudit contrat n'est pas suspendue sauf en cas d'absence légalement assimilée à un temps de travail effectif ;
- *pro rata temporis* sur la seule durée effective du travail du salarié au cours de l'année scolaire ou universitaire 2020/2021 ou des 12 mois précédant le mois du versement.

Les établissements scolaires et les universités et instituts catholiques ayant acté d'une prime « Covid » courant 2020 sont exonérés de cette obligation.

Il en est de même pour les établissements ayant anticipé le versement de la prime de 200 € annoncée dans l'accord NAO 2020-01<sup>[1]</sup>.

Les établissements qui ont acté d'une prime « Covid » en 2020 sans la verser à l'ensemble des salariés compte tenu des conditions d'octroi légales alors applicables n'ont pas à verser de prime au titre du présent accord.

Si le montant de la prime « Covid » actée courant 2020 est inférieur au montant de celle mise en place par le présent accord, les établissements concernés n'ont pas à verser de différentiel.

Les organisations représentatives signataires invitent les établissements à s'interroger, en fonction de leurs spécificités locales et possibilités économiques, sur l'extension possible de cette prime à l'ensemble des salariés ou sur une éventuelle augmentation de son montant.

Conformément aux dispositions légales, la prime ne peut se substituer :

- à aucun des éléments de rémunération versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales, contractuelles ou d'usage ;
- à des augmentations de rémunération ou à des primes prévues par un accord salarial, par le contrat de travail ou par les usages en vigueur dans l'établissement.

## Article 2 | Nature de l'accord

Le présent accord dans le champ de la convention collective EPNL est un accord à durée indéterminée, il prend effet à date de signature.

## Article 3 | Modalités de dépôt

L'accord est déposé par la CEPNL conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

Une demande d'extension est formulée à cette occasion.

L'absence de dispositions relatives aux entreprises de moins de 50 salariés est justifiée par l'objet même du présent accord.

*Fait à Paris, le 3 septembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

[1] Application anticipée à compter du 1<sup>er</sup> juin 2021 des dispositions de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative.

Brochure n° 3241 | Convention collective nationale

IDCC : 1483 | **COMMERCE DE DÉTAIL DE L'HABILLEMENT  
ET DES ARTICLES TEXTILES**

**Accord du 19 octobre 2021**

relatif au régime de remboursement de frais de santé

NOR : ASET2151221M

IDCC : 1483

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

**FNH,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**UNSA ;**

**FNECS CFE-CGC ;**

**CFTC CSFV ;**

**FS CFDT ;**

**CGT CSD ;**

**FEC FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé prévue par la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, et conscients de la nécessité de renforcer les garanties de prévoyance complémentaire dont bénéficient les salariés de la branche, les partenaires sociaux ont instauré un socle obligatoire et collectif de couverture de complémentaire santé par accord collectif du 4 novembre 2015.

Le présent accord se substitue de plein droit à l'accord collectif du 4 novembre 2015, dans l'ensemble de ses dispositions.

**Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application**

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles.

## **Article 2 | Objet**

Le présent accord a pour objet d'instaurer, au bénéfice des salariés de la branche du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles, un régime conventionnel de frais de santé.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de cette couverture au niveau national en co-recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses textes d'application, pour assurer la couverture des garanties frais de santé.

Cette co-recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives national auquel pourront adhérer les entreprises de la branche. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative, conclus dans les mêmes conditions.

## **Article 3 | Adhésion du salarié**

### **Article 3.1 | Définition des bénéficiaires**

L'ensemble des salariés bénéficient à titre obligatoire du régime conventionnel de frais de santé.

### **Article 3.2 | Suspension du contrat de travail**

#### **a) Suspensions rémunérées ou indemnisées**

Conformément aux dispositions de l'instruction interministérielle n° DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021 et de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le bénéfice de la couverture frais de santé est maintenu au profit des salariés, lorsque pendant une période de suspension du contrat de travail, le salarié bénéficie soit d'un maintien de salaire (total ou partiel), soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (notamment activité partielle ou période de congé rémunéré par l'employeur).

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

Par défaut, l'assiette à retenir pour le calcul des cotisations et des prestations est celle du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

#### **b) Suspensions non rémunérées ou indemnisées**

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires comme par exemple les salariés en congés sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation, ne bénéficieront pas d'un maintien de garanties.

Si le salarié souhaite obtenir le maintien de la couverture alors la cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement et intégralement par ce-dernier auprès de l'organisme assureur.



### **Article 3.3 | Caractère obligatoire de l'adhésion**

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

Les partenaires sociaux souhaitent toutefois laisser la possibilité aux salariés de la branche, de refuser leur adhésion au dispositif mis en place au niveau de la branche ou de l'entreprise, sous réserve qu'ils produisent les pièces justificatives requises dans les cas suivants :

1. Les salariés ou apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
2. Les salariés ou apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
3. Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. Une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés pourra être envisagée dans le cadre des actions de solidarité prévues à l'article 6.2 ;
4. Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire les justificatifs requis. La dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
5. Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
6. Les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

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

Ces salariés devront solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis. Ces justificatifs de couverture devront être produits tous les ans. À défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles, y compris celles non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, devront mettre en œuvre ces cas de dispenses d'adhésion.

### **Article 4 | Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail**

#### **Article 4.1 | Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage**

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien du régime frais de santé complémentaire dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

Notamment, la durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

À défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

#### **Article 4.2 | *Maintien de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la « loi Évin »***

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin » et son décret d'application n° 2017-372 du 21 mars 2017, la couverture frais de santé sera maintenue par l'assureur :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent accord ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture frais de santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Évin », incombe à l'organisme assureur. L'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

#### **Article 5 | *Financement***

##### **Article 5.1 | *Obligation des entreprises de la branche***

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès des organismes assureurs co-recommandés, devront respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans l'entreprise.

Elles pourront prévoir une prise en charge patronale plus favorable, sous réserve de le formaliser au sein de l'entreprise par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale formalisée par écrit et remise à chaque intéressé).

##### **Article 5.2 | *Modalités de cotisation dans le cadre du contrat souscrit auprès des organismes assureurs co-recommandés***

■ Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié »

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du présent régime.

Les salariés ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant au régime surcomplémentaire.

Les cotisations supplémentaires servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

■ Les cotisations servant au financement du remboursement de frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond de la sécurité sociale

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2021, à 3 428 €. Il est modifié une fois par an (au 1<sup>er</sup> janvier), par voie réglementaire.

La cotisation obligatoire et les cotisations facultatives « enfants » et « conjoint » sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre du contrat souscrit avec l'un des organismes assureurs co-recommandés.

### Régime général. Actifs et ayants droit

	Régime général	
	Base obligatoire	Option facultative
Salarié	1,21 %	+ 0,63 %
Conjoint	1,36 %	+ 0,71 %
Enfant	0,70 %	+ 0,32 %

	Régime général
	Base + option obligatoire
Salarié	1,75 %
Conjoint	1,97 %
Enfant	0,98 %

### Régime local. Actifs et ayants droit

	Régime local	
	Base obligatoire	Option facultative
Salarié	0,80 %	+ 0,63 %
Conjoint	0,90 %	+ 0,71 %
Enfant	0,43 %	+ 0,32 %

	Régime local
	Base + option obligatoire
Salarié	1,34 %
Conjoint	1,51 %
Enfant	0,71 %

Les taux de cotisations du régime conventionnel et du régime surcomplémentaire seront maintenus pendant 2 ans à compter de la date d'effet de l'accord, sous réserve des modifications d'ordre conventionnel, réglementaire ou législatif qui modifieraient la portée des engagements des organismes assureurs co-recommandés.

Toute modification du ou des taux de cotisation proposée par l'un des organismes assureurs co-recommandés devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

## **Article 6 | Prestations**

### **Article 6.1 | Tableau des garanties**

Le régime frais de santé est conforme à la législation et à la réglementation relatives aux contrats dits responsables définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, tels que modifiés par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, et relatives au dispositif de généralisation de la complémentaire santé définies aux articles L. 911-7 et D. 911-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Le tableau des garanties est joint en annexe.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès de l'un des organismes assureurs co-recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

### **Article 6.2 | Garanties présentant un degré élevé de solidarité**

Le régime de remboursement de frais de santé instauré au niveau de la branche du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles présente un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Le degré élevé de solidarité peut notamment se concrétiser, en application de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale, par les actions suivantes :

1. La prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au a) et au b) du 2° de l'article R. 242-1-6, ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;
2. Le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans le secteur ;
3. La prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

Ces actions seront financées par l'affectation d'une quote-part de la cotisation « isolée » versée à l'un des organismes assureurs co-recommandés, d'un montant de 2 %. La liste des actions fera l'objet d'un accord spécifique.

Les entreprises non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'un des organismes assureurs co-recommandés devront également prévoir la mise en œuvre de prestations non contributives au sein des régimes mis en place à leur niveau en consacrant un budget identique à celui prévu au sein du présent régime recommandé.

## **Article 7 | Suivi du régime complémentaire frais de santé**

Le suivi du régime de complémentaire santé est assuré par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI).

Les organismes assureurs co-recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 30 juin suivant la clôture de l'exercice.

## **Article 8 | Organismes assureurs recommandés**

À l'issue de sa procédure de mise en concurrence, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la commission paritaire de la branche a décidé de co-recommander à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2022, au titre de la couverture des garanties « frais de santé » prévues pour les salariés de la branche du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles, les organismes assureurs suivants :

■ Harmonie mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, numéro LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57, et

■ Aésio mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

## **Article 9 | Stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés**

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les partenaires sociaux de la convention collective du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles du 25 novembre 1987 ont considéré qu'un accord portant sur le régime de frais de santé applicable aux salariés de la branche n'avait pas à comporter de stipulations spécifiques telles que mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du même code, dans la mesure où de l'accord a vocation à s'appliquer à toutes les entreprises de la branche, quelle que soit leur taille.

## **Article 10 | Effet et durée**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Les entreprises non-adhérentes à l'organisation syndicale représentative signataire peuvent faire application du présent accord et s'y affilier avant l'entrée en vigueur de son arrêté d'extension.

L'accord pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail.

## **Article 11 | Dépôt et demande d'extension**

Le présent accord sera déposé dans les conditions prévues par le code du travail.

Les signataires de l'accord demandent son extension auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et auprès du ministre chargé du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

*Fait à Paris, le 19 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe Tableau de garanties

**CCN HABILLEMENT**

### Garantie dite "responsable"

## 2022

SOINS COURANTS	<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>	
	Consultations, visites : généralistes	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>- Autres praticiens</li> </ul>	
	Consultations, visites : spécialistes	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>- Autres praticiens</li> </ul>	
	Actes de sages-femmes	
	Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	
	<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>	
	Médicaments à SMR important	
AIDES AUDITIVES	Médicaments à SMR modéré	
	Médicaments à SMR faible	
	<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>	
	<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	
	Actes techniques médicaux	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>- Autres praticiens</li> </ul>	
	Actes techniques d'échographie	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>- Autres praticiens</li> </ul>	
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>- Autres praticiens</li> </ul>	
CURE	Examens de laboratoires	
	<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>	
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	
	Achat véhicule pour personne handicapée physique	
	<b>AIDES AUDITIVES</b>	
	Equipement 100 % Santé (1)(2)	
	Equipement à tarif libre (2)	
	Piles	
	<p>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.</p> <p>(2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.</p> <p>Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</p>	
	<b>années antérieures.</b>	
CURE	Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	
	+ Forfait supplémentaire	

2022	
BASE	BASE + OPTION 1
<b>Total</b> y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)	<b>Total</b> y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
120%	120%
100%	100%
170%	220%
150%	200%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
145%	220%
125%	200%
120%	120%
100%	100%
120%	120%
100%	100%
100%	100%
125%	200%
125%	200%
100 % Santé	100 % Santé
125%	200%
100%	100%
	100%
	10 % du PMSS

HOSPITALISATION	HOSPITALISATION			
	Frais de séjour		125%	200%
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		170%	220%
	- Autres praticiens		150%	200%
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...		100%	100%
	Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière avec nuitée (3)(4)		1 % du PMSS /Nuit	2 % du PMSS /Nuit
	Chambre particulière en ambulatoire (4)(5)		1 % du PMSS / Jour	2 % du PMSS / Jour
	Frais d'accompagnant (4)		1 % du PMSS / Jour	2 % du PMSS / Jour
	Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :			
	- cures médicales en établissements de personnes âgées,			
	- ateliers thérapeutiques,			
	- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,			
	- centres de rééducation professionnelle			
	- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.			
	(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.			
	(4) Pas de prise en charge			
	(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.			
	Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.			
	MATERNITE			
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique		170%	220%
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		150%	200%
	- Autres praticiens		1 % du PMSS/Nuit	2 % du PMSS /Nuit
	Chambre particulière avec nuitée (3)(4)			
	Indemnité de naissance (6)		3 % du PMSS	10 % du PMSS
	(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.			
	(4) Pas de prise en charge			
	(6) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.			

OPTIQUE	
OPTIQUE	<p>Equipement 100 % Santé (1)(7)(8)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monture</li> <li>- Par verre</li> </ul> <p>Equipement tarif libre (1) (7)(8)(9)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monture (10)</li> <li>- Par verre</li> <li>- Simple</li> <li>- Complexe</li> <li>- Très complexe</li> </ul> <p>Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien</p> <p>Verres avec filtre</p> <p>Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)</p> <p>Lentilles acceptées par le régime obligatoire (11)</p> <p>Lentilles refusées par le régime obligatoire (11)</p> <p>Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil</p>
	<p>(7) La prise en charge de la mutuelle est limitée à l'équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à l'équipement par période de 12 mois pour les enfants. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.</p> <p>Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.</p> <p>La prise en charge de la mutuelle s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3<sup>e</sup> de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.</p> <p>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</p> <p>(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).</p> <p>(9) - Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(10) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p> <p>(11) Plafond commun.</p>

100 % Santé	100 % Santé
100 % Santé	100 % Santé
100 €	100 €
60 % + 90 €	60 % + 115 €
60 % + 180 €	60 % + 205 €
60 % + 250 €	60 % + 350 €
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100 % + 2 % PMSS/An	100 % + 5 % PMSS/An
2 % PMSS/An	5 % PMSS/An
	25 % PMSS /Oeil



	DENTAIRE		
		100% 100 % Santé	100% 100 % Santé
DENTAIRE	Soins		
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12)		
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (12)		
	- Prothèses fixes	300%	450%
	- Inlay-Core	125%	175%
	- Prothèses transitoires	125%	125%
	- Inlay onlay	125%	175%
	- Prothèses amovibles	300%	450%
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres		
	- Prothèses fixes	300%	450%
AUTRES	- Inlay-core	125%	175%
	- Prothèses transitoires	125%	125%
	- Inlay onlay	125%	175%
	- Prothèses amovibles	300%	450%
	Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	150%	350%
	Implantologie (13)		15 % du PMSS/An
	Les remboursements de la mutuelle :		
	- concement les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),		
	- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à l'avis du dentiste consultant de la mutuelle.		
	(12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.		
	(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).		
AUTRES	MEDECINES COMPLEMENTAIRES		
	Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Acupuncture (13)(14)	25 € /Séance limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire	35 € /Séance limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire
	(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).		
	(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.		
	PREVENTION		
	Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (13)		50 €/An
	Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)		4 % du PMSS/An
	Vaccin anti-grippal et autres vaccins (13)(17)		1.50 % du PMSS/An
	(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).		
	(16) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.		
	(17) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.		
AUTRE	ASSISTANCE		
	Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui	Oui
	* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE		
	- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).		
	- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.		
	- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),		
	- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).		
	- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.		
	- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.		
	- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.		
	PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3428 € au 01/01/2020)		

Brochure n° 3191 | Convention collective nationale

IDCC : 1588 | **PERSONNEL DES SOCIÉTÉS COOPÉRATIVES D'HLM**

**Accord du 28 octobre 2021**  
relatif au régime de complémentaire santé

NOR : ASET2151117M

IDCC : 1588

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

**FNSCHLM,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CGT SP ;**

**CFDT FNCB ;**

**SNUHAB CFE-CGC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

En 2018, la thématique prévoyance et complémentaire santé avait été inscrite à l'agenda social des négociations de la branche des sociétés coopératives d'HLM au même titre que l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et le déplacement professionnel.

Un appel d'offres a été lancé par la suite pour l'accompagnement des partenaires sociaux dans la démarche. Le cabinet d'actuaire retenu en 2019 a d'abord conduit une étude d'amélioration des connaissances sur les pratiques en matière de garanties de protection sociale (financement et prestations) des Coop'HLM.

À l'issue de cette 1<sup>re</sup> étude, les partenaires sociaux de la branche des sociétés coopératives d'HLM ont souhaité mettre en place un régime de protection sociale complémentaire mutualisé au bénéfice des adhérents et des sociétés ayant le statut de membres associés de la fédération des Coop'HLM dans l'objectif de bénéficier de niveaux de garanties intéressants et de tarifs attractifs.

Un appel d'offres a ainsi été organisé pour mettre en concurrence les organismes assureurs en vue de la recommandation pour les garanties prévoyances et frais de santé conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et en respect des règles encadrant la commande publique, notamment la procédure d'appel d'offres ouvert prévue aux articles L. 2124-2 et R. 2161-2, R. 2161-3, R. 2161-4 et R. 2161-5 du code de la commande publique. La fédération des coop'HLM a été désignée en tant que pouvoir adjudicateur.

À l'issue de l'analyse de l'offre et de la restitution des documents d'analyse en commission paritaire des Coop'HLM par le cabinet d'actuaire, et au regard du classement des offres par les critères de notation définis dans le cadre des documents du marché, les partenaires sociaux ont été consultés en date du 7 octobre 2021 et ont donné un avis favorable à l'attribution du marché en ses deux lots prévoyance et frais de santé au groupe Prodigéo assurances.

Les partenaires sociaux se sont donc réunis afin d'envisager la mise en place d'un régime de complémentaire santé obligatoire (ci-après le régime de complémentaire santé).

L'objectif poursuivi par les partenaires sociaux a été notamment :

- de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche à une couverture collective en matière de frais de santé, sans considération notamment d'âge ou d'état de santé ;
- d'organiser la mutualisation des risques auprès d'un organisme assureur recommandé, après mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence ;
- de mettre en place un régime instituant des garanties plus avantageuses que celles prévues par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, tout en respectant les conditions des articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par un décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
- d'instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité à travers notamment le financement de prestations d'action sociale ;
- d'assurer un bon équilibre à long terme du régime de complémentaire santé.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé obligatoire dans les conditions ci-après définies :

## **Article 1<sup>er</sup> | Objet**

Le présent accord a pour objet l'organisation, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de frais de santé, en complément d'un régime de sécurité sociale obligatoire.

L'objectif est de permettre aux sociétés coopératives d'HLM (les Coop'HLM), dont la majorité sont des TPE/PME, de bénéficier d'un dispositif attractif. En effet, en 2020<sup>[1]</sup> on recensait 51 % des Coop'HLM avec moins de 11 salariées et 36 % entre 11 et 49 salariées.

Dans ces circonstances, le niveau de la branche professionnelle permet d'engager des négociations portant sur l'ensemble des salariés dans le champ d'application de la branche, plus de 3000 salariés en 2020<sup>[1]</sup>, et ainsi de parvenir à négocier un niveau de garantie et de tarification qui soit plus intéressant que peut l'être la négociation au niveau de chaque entreprise.

Les partenaires sociaux ont souhaité recommander un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des risques précités.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives auprès de l'organisme assureur choisi. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative.

## **Article 2 | Champ d'application**

Le présent accord s'applique aux employeurs et aux salariés de l'ensemble des entreprises appliquant la convention collective des sociétés coopératives d'HLM conformément à l'article 1<sup>er</sup> de la convention collective précitée et aux adhérents et sociétés ayant le statut de membres associés de la Fédération des Coop'HLM conformément à l'article 1<sup>er</sup> bis de la convention collective.

[1] Source : le rapport d'activité 2020 « Coopér'actives ! »

Les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de stipulations spécifiques aux entreprises de moins de cinquante salariés, visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail étant donné la taille des entreprises concernées par l'accord.

## **Article 3 | Salariés bénéficiaires**

### **Article 3.1 | Définition des bénéficiaires**

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés des sociétés coopératives d'HLM ou des membres associés, relevant du présent accord, sans condition d'ancienneté.

### **Article 3.2 | Suspension du contrat de travail**

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire de l'assureur, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension. Leur financement est assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés dans l'entreprise.

En cas de suspension du contrat de travail pour cause d'activité partielle, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré par le versement du montant forfaitaire de la cotisation exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail avec perception d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (hors situation d'activité partielle), les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré par le versement du montant forfaitaire de la cotisation exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ou sans perception d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

Les salariés pourront demander au-delà des périodes ci-dessus (30 et 90 jours) la poursuite du maintien de leurs garanties pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation correspondante en totalité (part patronale et part salariale).

L'organisme assureur devra mettre en place un appel individuel de cotisations auprès du salarié.

Le montant de la cotisation, dans ce cas, est identique à celle prévue pour les salariés actifs. Elle suivra les mêmes évolutions, le cas échéant.

### **Article 3.3 | Caractère obligatoire de l'adhésion**

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Par dérogation au caractère obligatoire, les salariés ne peuvent se prévaloir, sur demande écrite de leur part et après que l'employeur les ait préalablement informés des conséquences de leur choix, que des cas de dispense de droit visés aux articles L. 911-7 III 2<sup>e</sup> alinéa et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au présent régime de complémentaire santé :

- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties :
  - les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
  - les salariés en contrat à durée déterminée, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à trois mois et s'ils justifient bénéficier d'une couverture solidaire et responsable ;
- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures :
  - les salariés bénéficiant de la couverture complémentaire santé solidaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
  - les salariés bénéficiant de prestations servies, au titre d'un autre emploi, y compris en tant qu'ayant droit au titre de l'un des dispositifs suivants :
    - couverture collective et obligatoire ;
    - régime local d'Alsace-Moselle ;
    - régime complémentaire des IEG ;
    - mutuelles de la fonction publique ;
    - Madelin.

En outre, les employeurs pourront définir des dispenses supplémentaires en application de l'article R. 242-1-6 a), b) et c) du code de la sécurité sociale.

Dans ce dernier cas, les employeurs devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime de complémentaire santé dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations visées ci-dessus et doivent en informer immédiatement leur employeur. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée avant le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1<sup>er</sup> janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paye.

### **Article 3.4 | Couverture facultative des ayants droit**

Au-delà du présent régime de complémentaire santé, les employeurs peuvent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre leur couverture à leurs ayants droit.

Les salariés peuvent ainsi faire bénéficier leurs ayants-droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes par une adhésion souscrite individuellement et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

Les entreprises couvertes par le champ d'application du présent accord ont également la faculté de prévoir l'extension aux ayants droit de manière obligatoire, sous réserve de le formaliser par un

acte juridique au sens de l'article L. 911-1 du code la sécurité sociale. Dans ce cas, les ayants-droits ont la possibilité, d'être dispensé de l'adhésion, pour leur compte, en application de l'arrêté des dispositions du 26 mars 2012, lorsqu'ils bénéficient déjà de l'un des dispositifs suivants :

- couverture collective et obligatoire d'entreprise ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire des IEG ;
- mutuelles de la fonction publique ;
- loi Madelin (couverture complémentaire santé responsable des travailleurs non-salariés : commerçants, artisans ou professions libérales).

On entend par ayant-droit du salarié :

#### ■ Le conjoint du salarié

Ce vocable étant utilisé pour désigner :

- l'époux (se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié par un Pacs : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;
- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

#### ■ Les ayants-droits

Ce vocable étant utilisé pour désigner :

- les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin) :
  - jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire, sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants :
  - poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;
  - poursuivant une formation professionnelle en alternance ;
  - inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
  - quel que soit leur âge, (avec ou sans poursuite d'études), si l'enfant est reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), avant son 28<sup>e</sup> anniversaire
- les ascendants du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner : les ascendants (père et ou mère) du salarié et ceux de son conjoint à leur charge, c'est-à-dire l'ascendant vivant de façon permanente au domicile du salarié (ou à charge fiscale).

### **Article 3.5 | *Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage***

Les salariés garantis collectivement au titre du régime de complémentaire santé, bénéficient du maintien à titre gratuit – c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation – de ces garanties en cas

de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

- le maintien de la couverture est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien temporaire est applicable dans les mêmes conditions aux ayants-droits du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation à ce titre.

Les modalités d'application de ce dispositif de portabilité des droits sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

### **Article 3.6 | *Maintien à l'identique des garanties du régime de complémentaire santé. Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin »***

Tout organisme assureur doit maintenir la couverture collective frais de santé dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi « Évin » et rappelées ci-après.

Ce maintien s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement ses ayants-droit au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties visé au 3.5.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur choisi dans un délai de six mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au 3.5.

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale d'un an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et du paiement de la cotisation correspondante.

Sous réserve d'en être informé par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couver-



ture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au 3.5 ou du décès du salarié.

La cotisation sera, au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi « Évin », intégralement à la charge de l'ancien salarié ou de l'ayant-droit du salarié décédé.

## **Article 4 | Financement**

### **Article 4.1 | Assiette de la cotisation**

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé et destinées à couvrir le seul salarié sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2021, à 3 428 €. Il est modifié chaque année par voie réglementaire.

### **Article 4.2 | Taux et répartition des cotisations**

Le taux de cotisation du régime de complémentaire santé est réparti à 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié.

En application du principe de faveur, chaque employeur reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Les cotisations TTC servant au financement du régime complémentaire santé obligatoire couvrant le seul salarié sont fixées comme suit :

Régime général	
Salarié seul	1.45 %
En % du PMSS	
Régime local d'Alsace-Moselle	
Salarié seul	0,99 %
En % du PMSS	

Les sociétés non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront au minimum financer leur régime à hauteur de 50 %.

### **Article 4.3 | Évolution ultérieure de la cotisation**

Toute évolution des cotisations fixées à l'article 4.2 liée à la sinistralité du régime (en cas de résultats déficitaires ou excédentaires) ou à toute évolution législative, fera l'objet d'une négociation afin de décider notamment des mesures destinées à garantir l'équilibre du régime. Toute modification sera formalisée par avenant au présent accord.

## **Article 5 | Prestations garanties**

Les prestations du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » sont détaillées en annexe au présent accord.

Au-delà des garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les employeurs peuvent améliorer les prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant à un niveau de garantie supérieur dénommé « option ».

Les prestations garanties de l'option sont détaillées en annexe.



Cette option a été définie par les partenaires sociaux et bénéficie de conditions tarifaires privilégiées dans la mesure où elles ont été négociées avec l'organisme assureur recommandé. Les employeurs pourront y souscrire :

- soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative : dans ce cas, la cotisation s'y rapportant est la charge exclusive du salarié ;
- soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : dans ce dernier cas, les employeurs devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

## **Article 5.1 | Tableau des prestations garanties**

Les prestations garanties prévues dans le cadre du contrat souscrit avec l'organisme assureur recommandé sont définies en annexe.

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et aux dispositions des décrets pris pour son application.

Toute modification législative ou réglementaire en la matière sera automatiquement répercutée par voie d'avenant au présent accord, de telle sorte que le régime de complémentaire santé reste conforme aux règles fixées par l'article L. 871-1 précité et les textes pris en application de ces dispositions.

Les sociétés non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront, en tout état de cause, mettre en place un régime de complémentaire santé à hauteur des garanties minimales instituées par le présent accord.

## **Article 5.2 | Prestations non contributives**

Les parties décident d'affecter 2 % de la cotisation du régime de complémentaire santé au financement de prestations d'action sociale.

Dans ce cadre, il est instauré un fonds de solidarité piloté par la commission paritaire, destiné à financer des prestations à caractère non directement contributif prenant la forme de prestations d'action sociale et/ou d'actions de prévention individuelles et/ou collectives présentant un degré élevé de solidarité, dans les conditions définies par l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Ces actions de prévention et ces prestations d'action sociale sont gérées de manière mutualisée par l'organisme assureur, via le fonds de solidarité dont le fonctionnement est défini par un règlement établi entre l'organisme assureur recommandé et la commission paritaire.

## **Article 5.3 | Mise en œuvre des prestations non contributives pour les sociétés non adhérentes**

Les entreprises non adhérentes à l'organisme assureur recommandé devront permettre à leurs salariés de bénéficier d'une action sociale.

## **Article 6 | Suivi du régime de complémentaire santé**

Le régime de complémentaire santé est piloté par la commission paritaire, dont sont membres la fédération patronale des Coop'HLM et les organisations de salariés signataires de la convention collective nationale des sociétés coopératives d'HLM, dans les conditions ci-après définies.

## **Article 6.1 | Rôle et compétences**

Cette commission a notamment pour missions :

- d'étudier, chaque année, les documents, rapports financiers et analyses commentées, établis et communiqués par l'organisme assureur recommandé ;
- de veiller au bon équilibre du régime de frais de santé complémentaire ;
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime en cas de résultats déficitaires ou excédentaires, ou en cas de hausse de la cotisation totale suite par exemple à un changement de législation et de proposer toutes mesures, préventives ou correctrices, pour améliorer les résultats du contrat de garanties collectives et enrayer tout risque de déficit structurel ;
- de proposer et étudier toutes modifications corrélatives au présent accord et au contrat de garanties collectives.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du protocole technique et financier.

## **Article 6.2 | Composition**

La commission paritaire de suivi du régime est composée de :

- deux représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire dans le champ d'application du présent accord ;
- un nombre de représentants des employeurs égal à celui des représentants des salariés désignés.

## **Article 7 | Organisme assureur recommandé**

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux sociétés entrant dans le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé ;

■ Prodigéo assurances, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 7, rue du Regard, 75006 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation et notamment le choix de l'organisme recommandé sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 4 ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront à minima 6 mois avant l'échéance.

## **Article 8 | Entrée en vigueur. Durée de l'accord. Dépôt**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt et de publicité, dans les conditions prévues par la loi.

## **Article 9 | Révision**

Chaque organisation syndicale signataire ou adhérent au présent accord pourra demander à tout moment la révision du présent accord.

La demande de révision doit être notifiée aux autres signataires et adhérents par lettre recommandée avec avis de réception.

La demande doit spécifier les articles auxquels elle s'applique et préciser le nouveau texte que la partie demanderesse propose d'y substituer.

La commission paritaire se réunira pour étudier les propositions de modifications dans un délai qui ne pourra excéder 2 mois à compter de la réception de la demande de révision.

En tout état de cause, les modifications devront donner lieu à des avenants, conclus conformément aux dispositions légales, qui se substitueront de plein droit aux dispositions du présent accord qu'ils modifient.

## **Article 10 | Dénonciation**

La dénonciation du présent accord peut intervenir à tout moment sous réserve d'un préavis de trois mois. La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément aux dispositions du code du travail.

La commission paritaire se réunira alors dans le délai de 3 mois suivant la notification de la dénonciation afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

Si la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord dénoncé continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

*Fait à Paris, le 28 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe Prestations santé

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Régime de base	Régime de base + option
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>		
Frais de séjour	250% BR	500% BR
Honoraires signataire Optam/Optam CO	300% BR	400% BR
Honoraires non signataire Optam/Optam CO	200% BR	200% BR
Chambre particulière	85 €	120 €
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR
Lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans, ou ascendant à charge fiscale, dans ce dernier cas max 30 jours par an)	43 €	60 €
Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité, chambre particulière et forfait de 350 € voir ci-dessous	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité, chambre particulière et forfait de 500 € voir ci-dessous
<b>Transport sanitaire</b>	100% BR	100% BR
<b>Frais médicaux de ville</b>		
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste Optam	150% BR	220% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste non Optam	130% BR	200% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste signataire Optam/Optam CO	170% BR	270% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non signataire Optam/Optam CO	150% BR	180% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam/Optam CO	170% BR	270% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non signataire Optam/Optam CO	150% BR	180% BR
Radiologie, ostéodensitométrie signataire Optam/Optam CO	170% BR	270% BR
Radiologie, ostéodensitométrie non signataire Optam/Optam CO	150% BR	180% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	150% BR	200% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	150% BR	200% BR
Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité
<b>Forfait actes lourds</b>	100% FR	100% FR
<b>Frais pharmaceutique (y compris médicaments remboursés à 15% par Séc Soc, et substituts nicotiniques remboursés à 65% par Séc Soc)</b>	100% BR	100% BR

Dentaire	Régime de base	Régime de base + option
<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé (1)</b>		
Inlay core	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
<b>Panier maîtrisé (2)</b>		
Inlay, onlay	370% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation	500% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Inlay core		
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
<b>Panier libre (3)</b>		
Inlay, onlay pris en charge par Séc Soc	370% BR	500% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Séc Soc	370% BR	500% BR
Inlay core pris en charge par Séc Soc	370% BR	500% BR
Soins dentaires	170% BR	270% BR
Parodontologie remboursée Séc Soc	170% BR	500% BR
Orthodontie prise en charge par Séc Soc	300% BR	500% BR

Optique	Régime de base	Régime de base + option
<p><b>Equipement optique (1 monture + 2 verres)</b></p> <p>Le remboursement est limité à un équipement optique tous les deux ans par bénéficiaire. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les enfants de moins de 16 ans ou, quel que soit l'âge, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</p>	<p>Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale</p>	<p>Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale</p>
<b>Optique adulte/enfant - équipement de classe A - 100% Santé</b>		
Equipements optique 100% Santé (4) : monture et/ou verres de classe A pour adulte et/ou enfant	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder le Prix Limite de Vente	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder le Prix Limite de Vente
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)		
<b>Optique adulte/enfant - équipement de classe B au tarif libre (5)</b>		
Monture + deux verres simples	260 €	350 €
Monture + deux verres complexes	400 €	500 €
Monture + deux verres très complexes	500 €	600 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	330 €	425 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	380 €	475 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	450 €	550 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
<b>Optique adulte/enfant</b>		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiplois / verres iséïconiques)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Lentilles prises en charge par la Séc Soc	175 € par an + 100% BR	250 € par an + 100% BR
Lentilles non prises en charge par la Séc Soc (par an et par bénéficiaire), y compris les lentilles jetables	175 €	250 €
<b>Prothèses auditives</b>	<b>Régime de base</b>	<b>Régime de base + option</b>
<b>Equipements 100 % Santé (7)</b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
<b>Equipements libres (8)</b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	250% BR pour une ou deux prothèses sur une période de quatre ans. Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne peut excéder 1 700 € par prothèse sur une période de quatre ans	350% BR pour une ou deux prothèses sur une période de quatre ans. Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne peut excéder 1 700 € par prothèse sur une période de quatre ans
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Piles remboursées par la Sécurité Sociale (9)	100% BR	100% BR
<b>Autres postes</b>	<b>Régime de base</b>	<b>Régime de base + option</b>
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique	200% BR	350% BR
Grand appareillage, dont fauteuil roulant	300% BR	500% BR
Forfait maternité ou adoption enfant mineur	350 €	500 €
Cures thermales	200% BR	350% BR
Assistance	Oui, prévoyant au moins une aide à domicile suite à hospitalisation	Oui, prévoyant au moins une aide à domicile suite à hospitalisation
<b>Actes non remboursés par la Sécurité Sociale</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Séc Soc	370% BR reconstituée	500% BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par Séc Soc (par an)	300 €	400 €
Orthodontie non remboursée par Séc Soc	300% BR reconstituée	400% BR reconstituée
Implant dentaire (scanner - pose - pilier)	Max 500 € (maxi un par an)	Max 500 € (maxi trois par an)
Médicaments homéopathiques sur prescription médicale	50% des frais réels dans la limite de 50 € par an	50% des frais réels dans la limite de 100 € par an
Contraceptifs prescrits médicalement mais non remboursés par Séc Soc	Maxi 50 €/an	Maxi 50 €/an
Vaccins et analyses non remboursés	50% des frais réels dans la limite de 50 € par an	50% des frais réels dans la limite de 100 € par an
Médecine douce	Cinq spécialités : Ostéopathe, Chiropracteur, Homéopathe, Diététicien, Podologue, le tout maxi par an de 150 €	Huit spécialités (dont les cinq ci-contre, plus trois à décider) le tout maxi par an de 240 €
Chirurgie optique réfractive, par œil	500 €	800 €
Assistance à la procréation	150 € par an	150 € par an
Chirurgie hors nomenclature, non remboursée par la Sécurité Sociale sur avis du médecin conseil de l'organisme assureur	50% des frais réels dans la limite de 4% du PMSS par an, sans que le remboursement ne puisse excéder 200% de la BR reconstituée	50% des frais réels dans la limite de 10% du PMSS par an, sans que le remboursement ne puisse excéder 200% de la BR reconstituée

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Régime de base	Régime de base + option
<b>Actes de prévention selon contrat responsable</b>		
Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code.		
1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	100% BR	100% BR
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100% BR	100% BR
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.	100% BR	100% BR
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100% BR	100% BR
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).	100% BR	100% BR
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100% BR	100% BR
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.	100% BR	100% BR

#### Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Classe de verres	Cas selon article R871-2 CSS
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simplex	a
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexes	c
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simplex	a
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simplex	a
		SPH > 0 et S > + 6	Complexes	c
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexes	c
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexes	c
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexes	c
		SPH < à -4 ou > à + 4	Très complexes	f
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexes	c
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexes	c
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Très complexes	f
		SPH > 0 et S > + 8	Très complexes	f
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Très complexes	f

(\*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

**Mise en conformité avec le 100% Santé**

- (1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement
- (2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement
- (3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement
- (4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.
- (5) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.
- (6) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans
- (7) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement
- (8) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.
- (9) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

**Accord du 28 octobre 2021**

relatif au régime de prévoyance

NOR : ASET2151115M

IDCC : 1588

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

**FNSCHLM,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CGT SP ;**

**CFDT FNCB ;**

**SNUHAB CFE-CGC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

En 2018, la thématique prévoyance et complémentaire santé avait été inscrite à l'agenda social des négociations de la branche des sociétés coopératives d'HLM au même titre que l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et le déplacement professionnel.

Un appel d'offres a été lancé par la suite pour l'accompagnement des partenaires sociaux dans la démarche. Le cabinet d'actuaire retenu en 2019 a d'abord conduit une étude d'amélioration des connaissances sur les pratiques en matière de garanties de protection sociale (financement et prestations) des Coop'HLM.

À l'issue de cette 1<sup>re</sup> étude, les partenaires sociaux de la branche des sociétés coopératives d'HLM ont souhaité mettre en place un régime de protection sociale complémentaire mutualisé au bénéfice des adhérents et des sociétés ayant le statut de membres associés de la fédération des Coop'HLM dans l'objectif de bénéficier de niveaux de garanties intéressants et de tarifs attractifs.

Un appel d'offres a ainsi été organisé pour mettre en concurrence les organismes assureurs en vue de la recommandation pour les garanties prévoyances et frais de santé conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et en respect des règles encadrant la commande publique, notamment la procédure d'appel d'offres ouverts prévue aux articles L. 2124-2 et R. 2161-2, R. 2161-3, R. 2161-4 et R. 2161-5 du code de la commande publique. La fédération des Coop'HLM a été désignée en tant que pouvoir adjudicateur.



À l'issue de l'analyse de l'offre et de la restitution des documents d'analyse en commission paritaire des Coop'HLM par le cabinet d'actuaire, et au regard du classement des offres par les critères de notation définis dans le cadre des documents du marché, les partenaires sociaux ont été consultés en date du 7 octobre 2021 et ont donné un avis favorable à l'attribution du marché en ses deux lots prévoyance et frais de santé au groupe Prodigéo assurances.

Les partenaires sociaux se sont donc réunis afin d'envisager la mise en place d'un régime de prévoyance complémentaire obligatoire couvrant les risques incapacité de travail, invalidité et décès (ci-après le régime de prévoyance complémentaire).

L'objectif poursuivi par les partenaires sociaux a été notamment :

- de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche à une couverture collective en matière de prévoyance, sans considération notamment d'âge ou d'état de santé ;
- d'organiser la mutualisation des risques auprès d'un organisme assureur recommandé, après mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence ;
- d'instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité à travers notamment le financement de prestations d'action sociale ;
- d'assurer un bon équilibre à long terme du régime de prévoyance complémentaire.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord relatif à la mise en place d'un régime de prévoyance complémentaire obligatoire qui, sans remettre en cause les régimes d'entreprise plus favorables, met à la charge de tous les employeurs entrant dans le champ d'application du présent accord l'obligation de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture au moins aussi favorable dans les conditions ci-après définies :

## **Article 1<sup>er</sup> | Objet**

Le présent accord a pour objet l'organisation, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de prévoyance complémentaire instituant des garanties en cas de décès, d'incapacité de travail ou d'invalidité, en complément d'un régime de sécurité sociale obligatoire.

Il a également pour objet la suppression de l'article 27 de la convention collective nationale des sociétés coopératives d'HLM, qui porte sur le même objet que le présent accord.

L'objectif est de permettre aux sociétés coopératives d'HLM (Les Coop'HLM), dont la majorité sont des TPE/PME, le bénéfice d'un dispositif attrayant. En effet, en 2020<sup>[1]</sup> on recensait 51 % des Coop'HLM avec moins de 11 salariées et 36 % entre 11 et 49 salariées.

Dans ces circonstances, le niveau de la branche professionnelle permet d'engager des négociations portant sur l'ensemble des salariés dans le champ d'application de la branche, plus de 3 000 salariés en 2020<sup>1</sup>, et ainsi de parvenir à négocier un niveau de garantie et de tarification qui soit plus intéressant que peut l'être la négociation au niveau de chaque entreprise.

Les partenaires sociaux ont souhaité recommander un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des risques précités.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives auprès de l'organisme assureur choisi. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative.

## **Article 2 | Champ d'application**

Le présent accord s'applique aux employeurs et aux salariés de l'ensemble des entreprises appliquant la convention collective des sociétés coopératives d'HLM conformément à l'article 1<sup>er</sup>

[1] Source : Le rapport d'activité 2020 « Coopér'actives ! ».

de la convention collective précitée et aux adhérents et sociétés ayant le statut de membres associés de la fédération des Coop'HLM conformément à l'article 1<sup>er</sup> bis de la convention collective.

Les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de stipulations spécifiques aux entreprises de moins de cinquante salariés, visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail étant donné la taille des entreprises concernées par l'accord.

## **Article 3 | Salariés bénéficiaires**

### **Article 3.1 | Définition des bénéficiaires**

Le régime de prévoyance complémentaire bénéficie à l'ensemble des salariés des sociétés coopératives d'HLM ou des membres associés, relevant du présent accord, sans condition d'ancienneté.

### **Article 3.2 | Suspension du contrat de travail**

#### **3.2.1. Suspensions du contrat de travail rémunérées ou indemnisées**

L'adhésion du salarié au régime de prévoyance est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par leur employeur.

L'adhésion est également maintenue en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur. Cette hypothèse vise notamment la situation des salariés placés en activité partielle et activité partielle de longue durée sans limite de durée ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur.

Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés.

#### **3.2.2. Autres cas de suspension du contrat de travail**

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient pas d'un maintien total ou partiel de salaire, du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'un revenu de remplacement par l'employeur ne bénéficient pas du maintien du régime de prévoyance complémentaire.

Les salariés pourront toutefois demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier des seules garanties en cas de décès, pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation correspondante (part patronale et part salariale).

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) relative aux garanties décès est à la charge exclusive du salarié. Dans ce cas le traitement servant de base aux cotisations et aux prestations est celui des 12 mois civils précédant celui au cours duquel a eu lieu la suspension du contrat de travail. La demande de maintien doit être effectuée au plus tard dans le premier mois de la suspension du contrat de travail. Le paiement de la cotisation est effectué soit par l'intermédiaire de la coopérative, soit directement auprès de l'organisme assureur. Le non-paiement des cotisations correspondantes par le salarié entraîne la cessation du maintien des garanties décès, après application des dispositions réglementaires relatives à la procédure en cas de non-paiement des cotisations.

### **Article 3.3 | Caractère obligatoire de l'adhésion**

L'adhésion des salariés au régime de prévoyance complémentaire est obligatoire.

### **Article 3.4 | Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage**

Les salariés garantis collectivement au titre du régime de prévoyance, bénéficient du maintien à titre gratuit – c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation – de ces garanties en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

- le maintien de la couverture est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation à ce titre.

Les modalités d'application de ce dispositif de portabilité des droits sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

## **Article 4 | Financement**

### **Article 4.1 | Assiette de la cotisation**

Les cotisations servant au financement du régime de prévoyance complémentaire sont exprimées en pourcentage du salaire brut soumis à cotisations de sécurité sociale, en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des tranches 1 et 2. Sont également pris en compte dans l'assiette de calcul des cotisations l'indemnité d'activité partielle ainsi que le cas échéant, le revenu de remplacement versé par l'employeur en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien de l'adhésion (notamment en cas d'activité partielle et activité partielle de longue durée).

La tranche 1 est la partie de la rémunération annuelle brute limitée au plafond de la sécurité sociale.

La tranche 2 est la partie de la rémunération annuelle brute comprise entre une fois le plafond de la sécurité sociale et huit fois ce plafond.

Pour information, le plafond annuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2021, à 41 136 €. Il est modifié chaque année par voie réglementaire.

## Article 4.2 | Taux et répartition des cotisations

Le taux de cotisation du régime de prévoyance est supporté au minimum à 60 % par l'employeur, conformément à l'accord sur les salaires et minimas conventionnels signé en date du 27 janvier 2021.

En application du principe de faveur, chaque employeur reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Les taux de cotisations du régime de prévoyance sont fixés comme suit :

	Cotisation globale
Tranche 1	1,50 %
Tranche 2	0,75 %

Les sociétés non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront au minimum financer leur régime à hauteur de 60 %.

## Article 4.3 | Évolution ultérieure de la cotisation

Toute évolution des cotisations fixées à l'article 4.2 liée à la sinistralité du régime (en cas de résultats déficitaires ou excédentaires) ou à toute évolution législative, fera l'objet d'une négociation afin de décider des mesures destinées à garantir l'équilibre du régime. Toute modification sera formalisée par avenant au présent accord.

## Article 5 | Prestations

### Article 5.1 | Définition du salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est égal au salaire brut soumis à cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, perçu par le salarié au cours des douze mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations, y compris l'indemnité d'activité partielle (et notamment en cas d'activité partielle de longue durée) ainsi que le cas échéant, un revenu de remplacement versé par l'employeur en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien de garanties (notamment en cas d'activité partielle et activité partielle de longue durée).

Dans la mesure où le salarié ne compte pas 12 mois d'activité, le salaire est reconstitué sur une base annuelle. Si l'événement (décès ou invalidité absolue et définitive) survient plus d'un an après la date d'arrêt de travail, le traitement de référence est revalorisé en fonction de la variation de la valeur du point du régime unique Agirc/Arrco entre la date d'arrêt de travail et la date du décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive.

Si un (ou plusieurs) arrêt(s) de travail est (ou sont) survenu(s) au cours de ces douze mois, la rémunération de base est reconstituée en tenant compte des traitements partiels réellement perçus et de la période d'activité correspondante.

Il en est de même dans le cas particulier d'un assuré ayant moins de 12 mois de présence dans l'entreprise dans le champ d'application du présent accord à la date de son décès ou de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive ou du premier jour d'arrêt de travail.

Dans tous les cas, le salaire de référence est limité aux tranches de salaire 1 et 2 définies comme suit :

- tranche 1 : fraction au plus égale au salaire limité à un plafond annuel sécurité sociale ;
- tranche 2 : fraction de salaire supérieure à un plafond annuel sécurité sociale et limitée à 8 plafonds annuels sécurité sociale.

## **Article 5.2 | Tableau des garanties**

Les garanties prévues dans le cadre du contrat souscrit avec l'organisme assureur recommandé sont définies ci-après et jointes en annexe au présent accord.

Les sociétés non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront, en tout état de cause, mettre en place un régime de prévoyance complémentaire à hauteur des garanties minimales instituées par le présent accord.

## **Article 5.3 | Définition des garanties**

Les garanties souscrites dans le cadre du contrat d'assurance sont définies ci-dessous. Ces dispositions se substituent à celles prévues par l'article 27 de la convention collective des sociétés coopératives d'HLM pour intégrer les nouvelles garanties minimales obligatoires en matière d'incapacité, invalidité et de décès.

Pour toute disposition non inscrite dans le présent accord, il est convenu de se référer aux conditions générales et particulières du contrat de garanties collectives.

### **5.3.1. Garantie décès / invalidité absolue et définitive**

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du salarié, il est prévu une garantie décès garantissant le versement d'un capital « décès », une allocation frais d'obsèques et le cas échéant d'une rente éducation selon l'option choisie par le bénéficiaire lors du décès (option capital plein ou option capital minoré et rente éducation). Le niveau et le montant des garanties est défini dans le tableau annexé au présent accord.

#### **5.3.1.1. Choix de l'option entre capital plein ou capital minoré et rente éducation**

Les garanties décès font l'objet de deux options au choix du ou des bénéficiaires tels que définis ci-dessous au moment du décès :

- option capital plein : garantie décès ;
- option capital minoré et rente éducation : garanties décès minoré et rente éducation.

Le capital décès est modulé en fonction de la situation de famille et du choix d'option retenu.

À défaut de choix d'option exprimé par le ou les bénéficiaires ou à défaut d'accord sur le choix d'option entre les bénéficiaires, les garanties de l'option capital plein sont retenues.

#### **5.3.1.2. Définition des enfants à charge / conjoint / concubin / partenaire de Pacs**

##### **Conjoint**

Est considéré sous le terme de « conjoint » :

- le conjoint du salarié, marié et non séparé de corps judiciairement à la date du sinistre ;
- le partenaire du salarié lié par un pacte civil de solidarité ;
- le concubin, c'est-à-dire la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse

l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins. La condition de durée d'un an est supprimée en prévoyance en cas de décès d'origine accidentelle du salarié.

### Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du salarié et ceux de son conjoint, qu'ils soient reconnus, adoptés ou recueillis, dans la mesure où ils répondent aux conditions suivantes :

D'une part :

- ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- ou sont âgés d'au moins 18 ans et de moins de 26 ans et remplissent l'une des conditions suivantes :
  - être sous contrat d'apprentissage ;
  - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;
  - être inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
- ou quel que soit leur âge, en cas d'invalidité avant le 26<sup>e</sup> anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation adulte handicapé ou tant qu'ils sont titulaires de la carte mobilité inclusion (CMI) mention invalidité, sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du salarié.

D'autre part :

- vivent sous le même toit ;
- ou sont fiscalement à charge du salarié soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par le salarié et déduite de ses revenus.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants qui naissent dans les 300 jours suivant le décès, s'ils naissent vivants et viables ;
- les enfants recueillis par le salarié même s'ils sont fiscalement à la charge de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou de son concubin ;
- les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, du salarié décédé, sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

### 5.3.1.3. Définition des garanties décès

#### Décès en capital « toutes causes »

En cas de décès d'un assuré, quelle qu'en soit la cause, l'organisme assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'assuré, un capital. Le montant du capital est défini en annexe au présent accord.

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait l'assuré, à l'exception de la garantie décès postérieur ou simultané du conjoint.

## Bénéficiaires du capital décès

En l'absence de désignation expresse des bénéficiaires, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- à son conjoint non divorcé ou non séparé judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire avec lequel il était lié par un pacte civil de solidarité tel que défini ci-avant ;
- à défaut, aux enfants vivants ou représentés de l'assuré, nés ou à naître, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants de l'assuré, par parts égales entre eux ou aux survivants d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré, selon les règles de dévolution successorale.

L'assuré peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès, au moment de son affiliation ou ultérieurement.

La désignation expresse du bénéficiaire s'effectue par le formulaire délivré à cet effet par l'organisme assureur, accompagné de son mode d'emploi.

Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du ou des bénéficiaires à condition que cette désignation soit notifiée à l'organisme assureur.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires désignés doivent être précisées afin de permettre à l'organisme assureur de le(s) retrouver.

La désignation peut être modifiée par l'assuré à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale de l'assuré, naissance...) sauf si le bénéficiaire désigné reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable.

Dans le cas où les bénéficiaires désignés sont décédés, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessus.

## Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive

L'assuré est considéré comme étant en invalidité absolue et définitive lorsqu'il cumule les conditions suivantes :

- reconnaissance par la sécurité sociale d'une invalidité 3<sup>e</sup> catégorie ou incapacité permanente d'au moins 80 % au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- son état nécessite, le cas échéant, l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Dans ce cas, le capital décès peut lui être versé par anticipation à compter de la consolidation de l'invalidité permanente totale. Ce versement met automatiquement fin à la garantie décès, sauf, le cas échéant, à la garantie décès postérieur ou simultané du conjoint. En particulier, le décès de l'assuré n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

L'assuré a la faculté de retenir la solution du versement d'un capital réduit et d'une rente éducation au profit de chaque enfant à charge.

## Garantie décès par accident

Un capital supplémentaire est versé lorsque le décès ou l'invalidité absolue et définitive est imputable à un accident, y compris les accidents du travail reconnus comme tels par la sécurité sociale. Le montant de ce capital supplémentaire est déterminé en annexe au présent accord.



On entend :

1. Par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure ;
2. Par accident du travail, tout accident considéré comme tel par la sécurité sociale.

#### Garantie décès postérieur ou simultané du conjoint

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, il est versé un capital aux enfants restés à la charge du conjoint survivant. Ce capital est réparti à parts égales entre les enfants à charge.

#### Rente d'éducation

Cette garantie a pour objet le paiement aux enfants à charge de l'assuré tels que définis ci-avant, d'une rente temporaire en cas de décès ou d'invalidité permanente totale de l'assuré pendant la période de garantie.

La rente éducation est versée jusqu'au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant le 18<sup>e</sup> anniversaire, puis sous condition de poursuite d'études et/ou de handicap au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant le 26<sup>e</sup> anniversaire.

#### Allocations obsèques

Cette garantie s'applique en cas de décès :

- du salarié, en complément du capital décès ;
- du conjoint (selon la définition ci-avant) du salarié, si le conjoint n'a pas encore atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension vieillesse à taux plein ;
- d'un enfant à charge du salarié.

Cette garantie prévoit le versement d'une allocation d'obsèques dont le montant est fixé en annexe au présent accord.

L'allocation d'obsèques est versée :

- au salarié lui-même en cas de décès du conjoint et/ou d'un enfant ;
- à la personne ayant supporté les frais d'obsèques en cas de décès du salarié.

En tout état de cause, le montant du capital sera limité aux frais d'obsèques réellement engagés en cas de décès d'un enfant à charge âgé de moins de 12 ans.

#### 5.3.2. Garantie incapacité temporaire de travail

La garantie incapacité temporaire a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par le régime de sécurité sociale obligatoire, les salariés se trouvant dans l'obligation de cesser leur activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Est considéré en état d'incapacité temporaire de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières par l'organisme assureur, l'assuré qui, suite à une maladie ou un accident :

- se trouve, temporairement inapte à l'exercice de son activité professionnelle ;
- perçoit des indemnités journalières de la sécurité sociale :
  - soit au titre de l'assurance maladie ;
  - soit au titre de l'assurance des accidents de travail et des maladies professionnelles.

Les indemnités journalières sont calculées selon un taux appliqué au salaire de référence et précisé en annexe au présent accord.

Le montant des prestations est entendu brut de toutes charges sociales et fiscales susceptibles de grever les prestations et est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes versées par le régime général de la sécurité sociale.



Le versement des prestations intervient au terme d'un délai de franchise de 90 jours continus. Cette franchise court à partir du premier jour d'arrêt de travail.

Toutefois en cas d'affection de longue durée, le décompte du nombre de jours sera effectué de manière discontinue dans la mesure où la sécurité sociale considère qu'il s'agit de la même affection et n'applique pas de délai de carence pour les nouveaux arrêts de travail suivant le premier arrêt.

### 5.3.3 Garantie invalidité

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les salariés, dès la reconnaissance par le régime de sécurité sociale obligatoire de leur état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident, d'une prestation complémentaire à celle versée par le régime de sécurité sociale obligatoire, dont le montant est défini dans le tableau annexé au présent accord.

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par le régime de sécurité sociale obligatoire et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées par les dispositions du code de la sécurité sociale.

Le montant de la rente est fixé en pourcentage du salaire de référence, selon le classement par la sécurité sociale de l'assuré en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité telles que définies à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale. La rente versée par l'organisme assureur s'entend brute de toutes charges sociales et fiscales et est exprimée sous déduction des prestations brutes versées par la sécurité sociale (hors majoration pour recours à une tierce personne).

## Article 5.4 | *Reprise de passif*

Lors de son adhésion au présent régime de prévoyance, la société remplira un bulletin d'affiliation « entreprise » et adressera une liste du personnel avec les éléments demandés par l'organisme assureur.

Sur cette liste figureront obligatoirement la liste des salariés en arrêt de travail ou bénéficiaires de prestations à caractère répétitif (arrêt de travail ; invalidité, rente éducation).

La reprise des encours sur le régime conventionnel de prévoyance comprend :

- la revalorisation future des rentes éducation et des prestations en cas d'arrêt de travail (incapacité/invalidité) en cours de service à la date d'effet du contrat pour les salariés et ex-salariés en arrêt de travail indemnisés par le précédent assureur ;
- l'éventuel différentiel de couverture des garanties décès et invalidité absolue et définitive au titre de la garantie maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive, pour les salariés en arrêt de travail indemnisés par la sécurité sociale.

## Article 5.5 | *Prestations non contributives*

Les parties décident d'affecter 2 % de la cotisation du régime de prévoyance complémentaire au financement de prestations d'action sociale.

Dans ce cadre, il est instauré un fonds de solidarité piloté par la commission paritaire, destiné à financer des prestations à caractère non directement contributif prenant la forme de prestations d'action sociale et/ou d'actions de prévention individuelles et/ou collectives présentant un degré élevé de solidarité, dans les conditions définies par l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Ces actions de prévention et ces prestations d'action sociale sont gérées de manière mutualisée par l'organisme assureur, via le fonds de solidarité dont le fonctionnement est défini par un règlement établi entre l'organisme assureur recommandé et la commission paritaire.

## **Article 5.6 | Mise en œuvre des prestations non contributives pour les sociétés non adhérentes**

Les entreprises non adhérentes à l'organisme assureur recommandé devront permettre à leurs salariés de bénéficier d'une action sociale.

## **Article 6 | Suivi du régime de complémentaire**

Le régime de prévoyance complémentaire est piloté par la commission paritaire, dont sont membres la fédération patronale des Coop'HLM et les organisations de salariés signataires de la convention collective nationale des sociétés coopératives d'HLM, dans les conditions ci-après définies.

### **Article 6.1 | Rôle et compétences :**

Cette commission a notamment pour missions :

- d'étudier, chaque année, les documents, rapports financiers et analyses commentées, établis et communiqués par l'organisme assureur recommandé ;
- de veiller au bon équilibre du régime de prévoyance complémentaire ;
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime en cas de résultats déficitaires ou excédentaires, ou en cas de hausse de la cotisation totale suite par exemple à un changement de législation et de proposer toutes mesures ;
- préventives ou correctrices, pour améliorer les résultats du contrat de garanties collectives et enrayer tout risque de déficit structurel ;
- de proposer et étudier toutes modifications corrélatives au présent accord et au contrat de garanties collectives.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du protocole technique et financier.

### **Article 6.2 | Composition**

La commission paritaire de suivi du régime est composée de :

- deux représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire dans le champ d'application du présent accord ;
- un nombre de représentants des employeurs égal à celui des représentants des salariés désignés.

## **Article 7 | Organisme assureur recommandé**

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux sociétés entrant dans le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties de prévoyance complémentaire ;

■ Prodigéo assurances, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 7, rue du Regard, 75006 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation et notamment le choix de l'organisme recommandé sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 4 ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront à minima 6 mois avant l'échéance.

## **Article 8 | *Changement d'organisme assureur***

En cas de changement d'organisme assureur, les dispositions suivantes s'appliquent :

- les prestations en cours de service (indemnités journalières complémentaires, rentes d'invalidité, rente éducation) continuent d'être versées par l'organisme assureur résilié au niveau atteint à la date de changement d'organisme assureur ;
- l'organisme assureur résilié assure également le maintien des garanties décès au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, sans revalorisation des bases de calcul desdites prestations ;
- conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service continuent d'être revalorisées (y compris les prestations décès prenant la forme de rente). Les bases de calcul des prestations décès sont également revalorisées pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité et d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance à un niveau au moins égal à celui du contrat résilié.

Les partenaires sociaux organiseront, lors du changement d'organisme assureur, la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service ainsi que des bases de calcul des prestations relatives à la couverture du risque décès.

## **Article 9 | *Entrée en vigueur. Durée de l'accord. Dépôt***

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt et de publicité, dans les conditions prévues par la loi.

## **Article 10 | *Révision***

Chaque organisation syndicale signataire ou adhérent au présent accord pourra demander à tout moment la révision du présent accord.

La demande de révision doit être notifiée aux autres signataires et adhérents par lettre recommandée avec avis de réception.

La demande doit spécifier les articles auxquels elle s'applique et préciser le nouveau texte que la partie demanderesse propose d'y substituer.

La commission paritaire se réunira pour étudier les propositions de modifications dans un délai qui ne pourra excéder 2 mois à compter de la réception de la demande de révision.

En tout état de cause, les modifications devront donner lieu à des avenants, conclus conformément aux dispositions légales, qui se substitueront de plein droit aux dispositions du présent accord qu'ils modifient.

## **Article 11 | *Dénonciation***

La dénonciation du présent accord peut intervenir à tout moment sous réserve d'un préavis de trois mois. La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément aux dispositions du code du travail.

La commission paritaire se réunira alors dans le délai de 3 mois suivant la notification de la dénonciation afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

Si la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord dénoncé continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

*Fait à Paris, le 28 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe Prestations prévoyance

Garanties décès	Régime	
Capital décès ou iad 3 <sup>ème</sup> catégorie (ou IPP ATMP 80% avec majoration TP) toutes causes du salarié	Option Capital plein	Option Capital minoré et rente éducation
Célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge	250% du salaire brut	250% du salaire brut
Marié (pacsé, concubin assimilé) sans personne à charge	250% du salaire brut	250% du salaire brut
Célibataire, veuf, divorcé avec une personne à charge	320% du salaire brut	250% du salaire brut
Marié (pacsé, concubin assimilé) avec une personne à charge	320% du salaire brut	250% du salaire brut
Majoration par personne supplémentaire à charge	70% du salaire brut	Pas de majoration
Majoration du capital en cas de décès par accident du salarié	100% du capital décès de l'option capital plein, y compris si décès considéré comme accident du travail	100% du capital décès de l'option capital plein, y compris si décès considéré comme accident du travail
Rente éducation		
Rente versée à chaque enfant à charge jusqu'à ses 18 ans, puis sous réserve de poursuite d'études, de recherche d'emploi ou de handicap jusqu'à ses 26 ans	Pas de rente	7% du salaire brut

Garanties décès des ayants droit	Régime
Double effet (décès du conjoint ou partenaire Pacs ou concubin, postérieur ou simultané au salarié)	100% du capital décès toutes causes avec doublement de la rente éducation pour les orphelins des deux parents
Allocation d'obsèques si décès du conjoint ou partenaire Pacs ou concubin (ou capital décès du conjoint ou partenaire Pacs ou concubin)	Deux mois de salaire brut avec au minimum 100% PMSS
Allocation d'obsèques si décès enfant (limité aux frais réels si enfant de moins de 12 ans)	100% PMSS
Allocation d'obsèques si décès salarié	100% PMSS

Incapacité temporaire	Régime
Franchise	90 Jours continus, toutefois en cas d'Affection de Longue Durée, le décompte du nombre de jours sera effectué de manière discontinue dans la mesure où la Sécurité Sociale considère qu'il s'agit de la même affection et n'applique pas de délai de carence pour les nouveaux arrêts suivant le premier arrêt
Indemnisation	En % du brut sous déduction des IJSS
	80%

Invalidité permanente	Régime
Indemnisation	
Maladie ou accident de la vie privée	En % du brut sous déduction de la RISS
3 <sup>ème</sup> & 2 <sup>ème</sup> catégorie	80%
1 <sup>ère</sup> catégorie	55%

Maladie professionnelle ou accident du travail	En % du brut sous déduction de la RISS
Taux IPP $\geq$ 66%	80%
$33\% \leq$ Taux IPP $< 66\%$	55%

Accord professionnel

**HOSPITALISATION PRIVÉE / SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL À CARACTÈRE COMMERCIAL**

**Avenant n° 8 du 2 novembre 2021**

à l'accord du 26 février 2001  
relatif au financement du paritarisme

NOR : ASET2151227M

IDCC : 2264

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

**SYNERPA ;**

**FHP,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FSS CFDT ;**

**FSPSS FO ;**

**FSAS CGT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Le présent avenant a pour objet d'affecter les fonds recueillis par le FONGESMES, l'association de gestion du paritarisme du secteur sanitaire, social et médico-social à caractère commercial, dédiés au fonctionnement de la CPNE-FP et de la CPPNI et non utilisés à ce titre, conformément à l'article 1<sup>er</sup> de l'avenant n° 5 à l'accord de branche sur le financement du paritarisme.

**Article 1<sup>er</sup> | Solde des cotisations**

Le bilan, transmis aux membres de la CPPNI, et constaté par le conseil d'administration paritaire de l'association de gestion du paritarisme, le FONGESMES, fait état d'une sous-utilisation des fonds dédiés au fonctionnement de la CPNE-FP et de la CPPNI d'un montant de 10 779 € (dix mille sept cent soixante-dix-neuf euros).

## **Article 2 | Affectation des fonds non utilisés**

Dans le cadre de l'article 1<sup>er</sup> de l'avenant n° 5 à l'accord de branche sur le financement du paritarisme, les membres de la CPPNI décident que le solde des cotisations non utilisées au titre de l'année 2020 et visé par l'article 1<sup>er</sup> du présent avenant, est réparti de la manière suivante :

10 779 € (dix mille sept cent soixante-dix-neuf euros) à répartir entre les organisations syndicales de salariés représentatives, dont 5 389,50 € (cinq mille trois cent quatre-vingt-neuf euros et cinquante centimes) réparti de manière égalitaire entre les organisations syndicales représentatives, soit 1 796,50 € par OS et 5 389,50 € (cinq mille trois cent quatre-vingt-neuf euros et cinquante centimes) proportionnellement à la représentativité de chaque organisation syndicale de salariés représentative, conformément à l'arrêté du 21 juillet 2017 en vigueur lors de l'exercice 2020.

## **Article 3 | Entrée en vigueur**

Le présent avenant prendra effet à sa date de signature.

## **Article 4 | Extension. Dépôt**

L'extension du présent avenant sera demandée par la partie la plus diligente.

Le présent avenant sera déposé en 2 exemplaires, auprès de la DGT, une version signée du présent avenant sur support papier et une version sur support électronique. Un exemplaire sera adressé au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Le présent avenant est fait en nombre suffisant pour remise à chacun des signataires, plus les exemplaires destinés au dépôt légal.

*Fait à Paris, le 2 novembre 2021.*

(Suivent les signatures.)



**Accord du 2 novembre 2021**  
relatif à la prévention de la grippe saisonnière

NOR : ASET2151222M

IDCC : 2264

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

**SYNERPA ;**

**FHP,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**UNSA ;**

**FSS CFTD ;**

**FSPSS FO ;**

**FSAS CGT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Dans un contexte sanitaire encore dégradé en raison de l'épidémie « Covid-19 » les partenaires sociaux ont souhaité favoriser les conditions permettant aux salariés des établissements compris dans le champ d'application du présent accord de se faire vacciner contre la grippe dite saisonnière. Protéger la santé des professionnels, des patients et des résidents est l'objectif assigné par les dispositions du présent accord.

Cette vaccination reste au libre choix du salarié et ne constitue en aucun cas une obligation.

**Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application**

Les dispositions du présent accord concernent les établissements privés de diagnostic et de soins et de réadaptation fonctionnelle (avec ou sans hébergement), les établissements d'accueil pour personnes handicapées et pour personnes âgées, de quelque nature que ce soit, privés, à caractère commercial, ainsi que des établissements thermaux sur l'ensemble du territoire national comprenant les départements, régions et collectivités d'Outre-mer.

Sont donc notamment visées par cet accord, les activités économiques enregistrées sous les rubriques :

– 86-10 : services hospitaliers ;

- 86-10 Z : activités hospitalières ;
- 87-10 A : hébergement médicalisé pour personnes âgées ;
- 87-10 B : hébergement médicalisé pour enfants handicapés ;
- 87-10 C : hébergement médicalisé pour adultes handicapés et autres hébergements médicalisés ;
- 87-30 A : hébergement social pour personnes âgées ;
- 88-10 B : accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées ;
- 96-04 Z : entretien corporel.

## **Article 2 | Personnels concernés**

Sont éligibles aux dispositions contenues dans le présent accord tous les salariés des établissements ci-dessus, quel que soit leur statut (CDI ou CDD) et leur durée du travail (temps plein ou temps partiel), sous réserve d'être présent pendant la campagne vaccinale.

Ces dispositions s'appliquent également aux salariés ayant conclu un contrat en alternance et les salariés titulaires d'un contrat aidé.

## **Article 3 | Prise en charge du coût de la vaccination**

À la date d'effet du présent accord et pendant toute la durée de la période vaccinale contre la grippe saisonnière, soit jusqu'au 31 janvier 2022, les établissements tels que définis dans l'article 1<sup>er</sup> relatif au champ d'application prendront en charge les vaccins, qu'ils mettront à disposition des salariés, tels que définis à l'article 2 ou à défaut sur justificatif du coût si la vaccination ne peut être réalisée au sein de l'établissement.

## **Article 4 | Prise en charge du temps de vaccination**

Les salariés désireux de se faire vacciner en informeront la direction de l'établissement à l'effet que toutes les mesures soient prises pour que les salariés concernés puissent se rendre disponibles pour faire effectuer cette vaccination. Dans la mesure du possible, la vaccination sera réalisée sur le temps de travail du salarié. Si toutefois l'entreprise n'est pas en mesure de réaliser la vaccination du salarié sur son temps de travail, le temps nécessaire à sa réalisation sera rémunéré comme temps de travail effectif, sur présentation de justificatifs.

## **Article 5 | Entreprises de moins de 50 salariés**

Le présent accord s'applique sans dispositions particulières aux entreprises de moins de cinquante salariés.

## **Article 6 | Date d'effet**

Le présent accord prend effet à la date de sa signature pour les entreprises adhérentes à la FHP, au SYNERPA et à la date d'extension pour les autres.

## **Article 7 | Extension. Dépôt**

L'extension du présent accord sera demandée par la partie la plus diligente.

Le présent accord sera déposé en 2 exemplaires, auprès de la DGT, une version signée du présent avenant sur support papier et une version sur support électronique. Un exemplaire sera adressé au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Le présent accord est fait en nombre suffisant pour remise à chacun des signataires, plus les exemplaires destinés au dépôt légal.

## **Article 8 | Durée. Révision**

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée venant à échéance au 31 janvier 2022. Il pourra être révisé à tout moment, conformément aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

*Fait à Paris, le 2 novembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

Convention collective départementale

IDCC : **984** | **INDUSTRIES MÉTALLURGIQUES, MÉCANIQUES  
ET CONNEXES**

**(Eure-et-Loir)**

**(27 juillet 1978)**

(Étendue par arrêté du 23 novembre 1979,

*Journal officiel* du 25 janvier 1980)

### **Accord du 24 novembre 2021**

relatif à la valeur du point, aux rémunérations annuelles garanties  
et à l'indemnité de restauration sur le lieu de travail au 1<sup>er</sup> janvier 2022

NOR : ASET2151234M

IDCC : 984

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

**UIMM Eure-et-Loir,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFDT métaux ;**

**FO métaux,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

#### **Article 1<sup>er</sup> | Valeur du point**

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, la valeur du point est fixée à 5,30 €, base 151 h 67 pour un horaire hebdomadaire de 35 heures.

Les rémunérations minimales hiérarchiques sont établies par les barèmes figurant :

- à l'annexe A du présent avenant en ce qui concerne les « Salaires minima hiérarchiques des administratifs et techniciens. Agents de maîtrise » (sauf agents de maîtrise d'atelier) ;
- à l'annexe B du présent avenant en ce qui concerne les « Salaires minima hiérarchiques des ouvriers » ;
- à l'annexe C du présent avenant en ce qui concerne les « Salaires minima hiérarchiques des agents de maîtrise d'atelier ».

La rémunération minimale hiérarchique comprend l'ensemble des éléments de rémunération versés en contre partie ou à l'occasion du travail, y compris les éventuelles compensations pécuniaires pour réduction de la durée du travail et à l'exclusion des sommes visées à l'article 13 de l'avenant « mensuels ».

## **Article 2 | Rémunérations annuelles garanties**

En considération de l'esprit de l'accord national du 28 juillet 1998 et de son avenant du 29 janvier 2000 et en application des articles 13 *bis*, *ter* et *quater* de la convention collective, des rémunérations annuelles garanties ont été fixées à partir de l'année civile 2021 et figurent en annexe au présent avenant suivant le barème ci-joint : annexe D.

Le barème est établi sur la base 151 h 67 pour un horaire hebdomadaire de travail effectif de 35 heures.

Ce barème est composé de 3 colonnes :

- administratifs et techniciens ;
- ouvriers ;
- agents de maîtrise d'atelier.

La vérification de la rémunération annuelle globale du salarié telle que définie à l'article 13 *quater* sera effectuée au plus tard à la fin du 1<sup>er</sup> mois suivant la période de vérification ou au terme du contrat de travail en cas de rupture en cours d'année. La garantie s'appliquera *pro rata temporis* en cas d'entrée ou de départ en cours d'année, de même qu'en cas de changement de classement ou de suspension du contrat de travail.

Au cas où l'employeur aurait à verser un complément de rémunération, celui-ci sera effectué au plus tard avec la paye du 1<sup>er</sup> mois suivant la période de vérification ou au terme du contrat de travail en cas de rupture avant cette date.

## **Article 3 | Indemnité de restauration sur le lieu de travail**

L'indemnité de restauration sur le lieu de travail prévue à l'article 21 est fixée à 7,22 € à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## **Article 4 | Périmètre d'application**

Les dispositions du présent avenant se substituent aux dispositions et documents antérieurs portant sur le même objet.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés visés à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

## **Article 5 | Publicité**

Le présent avenant et ses annexes, conformément à l'article L. 2221-2 et suivants du code du travail, sont faits en un nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôts dans les conditions prévues par l'article L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail. Au nom de l'ensemble des signataires, l'UIMM Eure-et-Loir diligentera une demande d'extension auprès du ministère.

*Fait à Chartres, le 24 novembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe A

### Barème des salaires minima hiérarchiques administratifs et techniciens. Agents de maîtrise (sauf agents de maîtrise d'atelier)

Base : 35 heures.

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Valeur du point : 5,30 €.

Niveau	Échelon	Coefficient hiérarchique	Salaire Base 151,67 heures / mois
V	3	395	2 093,50 €
	3	365	1 934,50 €
	2	335	1 775,50 €
	1	305	1 616,50 €
IV	3	285	1 510,50 €
	2	270	1 431,00 €
	1	255	1 351,50 €
III	3	240	1 272,00 €
	2	225	1 192,50 €
	1	215	1 139,50 €
II	3	190	1 007,00 €
	2	180	954,00 €
	1	170	901,00 €
I	3	155	821,50 €
	2	145	768,50 €
	1	140	742,00 €

## Annexe B

### Barème des salaires minima hiérarchiques ouvriers

Base : 35 heures.

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Valeur du point : 5,30 €.

Niveau	Échelon	Coefficient	Appellation	Salaire minimum garanti
IV	3	285	TA 4	1 586,03 €
	2	270	TA 3	1 502,55 €
	1	255	TA 2	1 419,08 €
III	3	240	TA 1	1 335,60 €
	1	215	P 3	1 196,48 €
II	3	190	P 2	1 057,35 €
	1	170	P 1	946,05 €
I	3	155	O 3	862,58 €
	2	145	O 2	806,93 €
	1	140	O 1	779,10 €

Les salaires minima garantis ainsi fixés comprennent la majoration de 5 % prévue par l'accord national du 30 janvier 1980 et par l'avenant du 17 avril 1980 modifiant la convention collective d'Eure-et-Loir et servent de base pour le calcul de la prime d'ancienneté conventionnelle.

## Annexe C

### Barème des salaires minima hiérarchiques agents de maîtrise d'atelier

Base : 35 heures.

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Valeur du point : 5,30 €.

Niveau	Échelon	Coefficient	Appellation	Salaire minimum garanti
V	3	395	AM 7	2 240,05 €
	3	365	AM 7	2 069,92 €
	2	335	AM 6	1 899,79 €
	1	305	AM 5	1 729,66 €
IV	3	285	AM 4	1 616,24 €
	1	255	AM 3	1 446,11 €
III	3	240	AM 2	1 361,04 €
	1	215	AM1	1 219,27 €

Les salaires minima garantis ainsi fixés comprennent la majoration de 7% prévue par l'accord national du 30 janvier 1980 et par l'avenant du 17 avril 1980 modifiant la convention collective d'Eure-et-Loir et servent de base pour le calcul de la prime d'ancienneté conventionnelle.



## **Annexe D**

### Barème des rémunérations annuelles garanties

À compter de l'année 2021.

		Administratifs et techniciens	Ouvriers		Agents de maîtrise d'atelier	
Niveau I	140 échelon 1	19 045 €	O1	19 096 €		
	145 échelon 2	19 073 €	O2	19 136 €		
	155 échelon 3	19 135 €	O3	19 297 €		
Niveau II	170 échelon 1	19 297 €	P1	19 661 €		
	180 échelon 2	19 464 €				
	190 échelon 3	19 636 €	P2	20 163 €		
Niveau III	215 échelon 1	19 883 €	P3	20 677 €	AM1	21 247 €
	225 échelon 2	20 110 €				
	240 échelon 3	20 565 €	TA1	21 656 €	AM2	22 254 €
Niveau IV	255 échelon 1	21 168 €	TA2	22 422 €	AM3	23 091 €
	270 échelon 2	21 998 €	TA3	23 320 €		
	285 échelon 3	23 232 €	TA4	24 567 €	AM4	25 161 €
Niveau V	305 échelon 1	24 526 €			AM5	26 679 €
	335 échelon 2	26 700 €			AM6	28 848 €
	365 échelon 3	29 182 €			AM7	31 173 €
	395 échelon 3	31 529 €			AM7	33 783 €

**Avenant n° 17 du 10 novembre 2021**

relatif aux rémunérations mensuelles minimales  
au 1<sup>er</sup> novembre 2021

NOR : ASET2151226M

IDCC : 1930

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

**ANMF ;**

**CFSI ;**

**SNIA,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FGTA FO ;**

**CFTC CSFV ;**

**FGA CFDT,**

d'autre part,

À la suite de l'augmentation du Smic annoncée et mise en œuvre par le Gouvernement au 1<sup>er</sup> octobre 2021, les partenaires sociaux se sont réunis le 10 novembre 2021 ;

Après divers échanges, les partenaires sociaux sont parvenus à un accord dans les termes qui suivent :

**Article 1<sup>er</sup> | *Objet de l'avenant et intégration de son contenu dans la convention collective***

Le présent avenant a pour objet de revaloriser les minima professionnels applicables aux salariés relevant de la convention collective des métiers de la transformation des grains (IDCC 1930) fixés dans l'annexe 2 relative aux salaires minima.

## **Article 2 | Modification du point IV de l'annexe II « Salaires ». Rémunération mensuelle minimale (REMM). Niveaux I à IX**

À partir du 1<sup>er</sup> novembre 2021, les montants bruts de la rémunération mensuelle minimum garantie aux salariés en contrepartie d'une durée de travail effectif de 151,67 heures par mois (soit 35 heures hebdomadaires) sont fixés comme suit :

Niveaux	Échelon	Salaires minima à partir du 1 <sup>er</sup> novembre 2021
Niveau I		1 614,71 €
Niveau II		1 694,52 €
Niveau III		1 778,01 €
Niveau IV		1 871,52 €
Niveau V		2 114,00 €
Niveau VI	1 <sup>[1]</sup>	2 282,82 €
	2	2 457,77 €
Niveau VII		2 997,99 €
Niveau VIII		3 598,56 €
Niveau IX		4 494,83 €

[1] Le salarié atteint automatiquement l'échelon 2 après 8 mois de présence continue sur le poste.

La rémunération mensuelle perçue par les collaborateurs cadres dirigeants, relevant de l'article L. 3111-2 du code du travail, placés en dehors du champ de la durée légale du travail et par les cadres relevant de l'article L. 3121-58 dudit code, dont le travail est organisé sous la forme d'une convention individuelle de forfait annuelle en jours, doit être supérieure à la REMM correspondant à leur niveau.

Lorsque la durée de travail dont relève le salarié est différente de 151,67 heures par mois (soit 35 heures hebdomadaires), il y a lieu de calculer les minima applicables au prorata de la durée de travail de l'intéressé indépendamment des majorations légales éventuellement dues.

## **Article 3 | Dispositions particulières aux entreprises de moins de 50 salariés**

Compte-tenu de l'objet du présent avenant, le texte ne contient pas de disposition spécifique applicable aux entreprises de moins de 50 salariés.

## **Article 4 | Date d'application**

Le présent avenant entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2021 pour les parties signataires et s'appliquera donc à l'ensemble des entreprises adhérentes aux syndicats signataires et à leurs salariés à compter de cette date.

Le présent accord s'appliquera à l'ensemble des entreprises de la branche et à leurs salariés, le lendemain de la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Les partenaires sociaux demandent donc expressément aux services du ministre chargé du travail, une application de l'accord la plus rapide possible.

## **Article 5 | Publicité et dépôt**

Le présent avenant sera déposé auprès des services du ministère chargé du travail et des conventions collectives, ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris

conformément aux dispositions de l'article L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, l'ANMF étant chargée des formalités à accomplir à cette fin.

## **Article 6 | Extension**

Les parties signataires sont convenues de demander, sans délai, l'extension du présent avenant, l'ANMF étant chargée des formalités à accomplir à cette fin.

*Fait à Paris, le 10 novembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3246 | Convention collective nationale

IDCC : **1518** | **MÉTIERS DE L'ÉDUCATION, DE LA CULTURE, DES LOISIRS  
ET DE L'ANIMATION AGISSANT POUR L'UTILITÉ SOCIALE  
ET ENVIRONNEMENTALE (ÉCLAT)**

**Avenant n° 188 du 30 septembre 2021**

relatif à l'assiette de la contribution supplémentaire conventionnelle  
de la formation professionnelle et à l'assiette de la contribution du paritarisme

NOR : ASET2151223M

IDCC : 1518

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

**HEXOPEE,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFDT ;**

**FO ;**

**UNSA ;**

**Solidaires,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Depuis la conclusion des avenants n° 176 et n° 180 de la CCN Éclat, toutes les entreprises de la branche sont tenues de contribuer au financement de la formation professionnelle à hauteur de 2,1 % des rémunérations versées. Cette contribution totale comprend la contribution légale et la contribution supplémentaire conventionnelle.

Par ailleurs, depuis la conclusion de l'avenant n° 181, les employeurs sont appelés à verser une contribution relative au paritarisme à hauteur de 0,10 % des rémunérations versées. Ces trois avenants prévoient une assiette de calcul différente pour ces trois contributions ce qui ne facilite pas les travaux de collecte par l'OPCO désigné par la branche et peut porter confusion auprès des structures au moment du versement.

Ainsi dans un souci de lisibilité auprès des entreprises et afin de faciliter la collecte de l'ensemble de ces trois contributions par les services de l'OPCO, les partenaires sociaux de la branche souhaitent harmoniser les trois assiettes de calcul.

Cet avenant a ainsi pour objet d'aligner l'assiette de calcul de la contribution supplémentaire conventionnelle ainsi que celle du paritarisme à celle de la contribution légale à la formation professionnelle.

### **Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application et dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés**

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises de la branche Éclat. Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, pour les entreprises de moins de 50 salariés, le présent avenant ne nécessite pas la mise en place d'un accord type proposé par la branche ni d'adaptation spécifique pour sa mise en œuvre.

### **Article 2 | Assiette de la contribution supplémentaire conventionnelle à la formation professionnelle**

Cet article annule et remplace l'article 7.1.2.2 de la CCN Éclat comme suit :

#### **« Article 7.1.2.2 | Assiette de la contribution supplémentaire conventionnelle**

L'assiette de cette contribution est établie en référence au montant du revenu d'activité retenu pour le calcul des cotisations sociales mentionnées à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. »

### **Article 3 | Assiette de la cotisation relative au paritarisme**

Cet article annule et remplace l'article 1.8.2 de la CCN Éclat comme suit :

#### **« Article 1.8.2 | Financement du fonds**

Le financement de ce fonds est assuré par une cotisation annuelle à la charge des employeurs entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale éclat (ex-Animation).

L'assiette de cette cotisation est établie en référence au montant du revenu d'activité retenu pour le calcul des cotisations sociales mentionnées à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. »

### **Article 4 | Entrée en vigueur**

Le présent avenant entre en vigueur à compter de sa date de signature.

### **Article 5 | Dispositions diverses**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions légales ainsi que d'une demande d'extension.

### **Article 6 | Révision, dénonciation**

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales.

*Fait à Paris, le 30 septembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

**Accord du 30 septembre 2021**

relatif à la revalorisation des rentes du contrat de retraite supplémentaire

NOR : ASET2151235M

IDCC : 3017

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

**UPF,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FNPD CGT ;**

**FGTE CFDT ports dock,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article unique | Revalorisation des rentes des contrats de retraite supplémentaire**

Après consultation de la commission consultative de suivi retraite et en tenant compte des éléments transmis par l'assureur, les rentes du contrat de retraite supplémentaire à cotisations définies sont revalorisées comme suit (taux de revalorisation moyen pour un taux technique moyen de 0,98 %) :

- rentes viagères différées : 0,87 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 ;
- rentes viagères immédiates : 0,87 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Par ailleurs, aucune revalorisation n'est attribuée en 2021 aux rentes du contrat de retraite supplémentaire à prestations définies, compte tenu de l'absence d'excédent technico-financier à l'issue de l'année 2020.

*Fait à Paris, le 30 septembre 2021.*

(Suivent les signatures.)

Convention collective nationale

IDCC : 3105 | **RÉGIES DE QUARTIER**  
(2 avril 2012)

## **Accord du 21 juillet 2021**

relatif à la mise en place du forfait jours sur l'année

NOR : ASET2151243M

IDCC : 3105

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

**SERQ,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFDT FNCB,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Les partenaires sociaux, soucieux de la protection de la santé et de la sécurité des salariés et particulièrement des cadres, souhaitent mettre en place un forfait annuel en jours pour certaines catégories de salariés afin de leur permettre d'adapter leur temps de travail, tout en leur permettant de l'autonomie et une bonne répartition entre le temps travaillé et les temps de repos à disposition de ces salariés.

### **Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application**

Les dispositions du présent accord sont applicables aux régies de quartier et de territoire entrant dans le champ d'application de la convention collective de la branche des régies.

### **Article 2 | Salariés concernés**

Les dispositions du présent accord sont applicables aux cadres autonomes définis par l'article L. 3121-58 du code du travail, qui considère comme cadre autonome tout cadre disposant d'une autonomie dans l'organisation de son travail et dont la nature de ses fonctions ne le conduit pas à suivre l'horaire collectif du service auquel il est affecté. Cela peut concerner les cadres à partir du niveau V de la classification de la convention collective des régies.

Néanmoins, conformément à la loi, le salarié concerné doit impérativement formaliser par écrit son accord exprès soit dans le cadre d'une clause intégrée dans son contrat, soit sous la forme d'une convention individuelle annuelle de forfait dans le cadre d'un avenant à son contrat de travail.



La convention individuelle devra nécessairement mentionner, *a minima*, le nombre de jours inclus dans le forfait.

### **Article 3 | Détermination du nombre de jours du forfait**

Les parties reconnaissent qu'un décompte horaire du temps de travail des salariés susvisés qu'il soit journalier, hebdomadaire, mensuel ou annuel n'apparaît pas adapté. En revanche, la référence à une mesure du temps exprimée en nombre de jours travaillés apparaît plus appropriée au calcul de la durée du travail.

**3.1.** Pour une année complète allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, le salarié concerné sera amené à travailler au maximum 213 jours.

Ce volume de jours à travailler sur l'année ne peut avoir pour effet de faire échec à la prise des jours de congés pour événements familiaux dont pourrait bénéficier le salarié.

La rémunération du cadre concerné doit tenir compte des contraintes liées à cette organisation du temps de travail et des responsabilités qui lui sont confiées par une rémunération forfaitaire adaptée.

En cas de dépassement du forfait annuel en jours, les jours supplémentaires seront récupérés ou rémunérés selon les dispositions légales.

**3.2.** Lorsqu'un salarié n'accomplit pas la totalité de la période de référence du fait de son entrée ou de sa sortie au cours de cette période, les jours de travail sont calculés sur la base du nombre de jours travaillés en tenant compte des congés payés non dus et ou non pris.

De même, pour le salarié ne bénéficiant pas de congés payés annuels complets, le nombre de jours de travail est augmenté à concurrence des jours de congés auxquels le salarié ne peut prétendre.

### **Article 4 | Jours de repos**

Afin de se conformer au plafond de jours à travailler par année, rappelé dans l'article 3.1, les salariés concernés bénéficieront d'au minimum 12 jours de repos par an.

Lorsqu'au sein d'une structure, le nombre de jours travaillés est inférieur au plafond fixé par l'article 3.1, le nombre de jours de repos est augmenté.

Le positionnement de ces jours de repos peut être fait par journée entière ou par demi-journée à l'initiative du salarié et après accord de l'employeur.

En accord avec leur employeur, les salariés peuvent renoncer à des jours de repos en contrepartie d'une majoration salariale, définie par un avenant entre le salarié et l'employeur, pour ces jours qui ne peut être inférieure à 10 % en application de l'article L. 3121-59 du code du travail.

### **Article 5 | Durées minimales de repos**

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, les durées de travail journalière et hebdomadaire doivent être compatibles avec la prise des repos minimaux à savoir :

- repos journalier minimal de 11 heures ;
- repos hebdomadaire de 2 jours conformément à la convention collective.

Dans le respect de ces prises de repos, le cadre peut organiser librement ses journées de travail dès lors qu'il respecte ses objectifs et assure normalement le fonctionnement de son service et ou la coordination des équipes dont il a la charge.

Cette latitude d'organisation lui impose néanmoins d'avertir son supérieur hiérarchique ou son employeur s'il n'est pas en mesure de respecter ces durées minimales de repos, afin notamment de pouvoir rechercher une solution permettant leur respect.

## **Article 6 | Modalités de décompte des jours travaillés**

Chaque jour travaillé, quel que soit le jour ou les horaires, est considéré comme une journée s'imputant sur le forfait fixé par l'article 3 du présent accord ou par un accord au niveau de la structure si différent.

Le décompte peut être effectué par demi-journées, sous réserve d'une information préalable de la hiérarchie.

Est considérée comme une demi-journée une période de travail d'au maximum 3 heures 30.

## **Article 7 | Mesure de la charge de travail**

Dans le respect de leur autonomie d'organisation, les salariés concernés doivent fournir un relevé mensuel signé de leur activité faisant apparaître :

- le nombre et la date des jours travaillés sur le mois ;
- le nombre et la date des repos hebdomadaires, congés payés et jours de repos pris au titre de la réduction du temps de travail (définis par l'article 4).

Ce relevé doit permettre de vérifier que l'organisation et la charge de travail permettent au salarié de respecter les durées maximales de travail et les prises de repos. Il doit également indiquer si un repos quotidien a été inférieur à 11 heures et en expliquer les raisons. Ce relevé peut également être l'occasion d'apporter des commentaires sur le temps et la charge de travail.

Ces relevés mensuels d'activité serviront de support lors de l'entretien annuel d'évaluation à l'initiative de l'employeur, et au cours duquel seront abordés sa charge de travail, l'organisation du travail de la régie et ses impacts sur l'articulation entre activité professionnelle et vie familiale ou personnelle. Cet entretien sera également l'occasion de faire un point sur la rémunération.

En cas d'anomalie constatée par l'une ou l'autre des parties, la personne la plus diligente invite à un entretien pour examiner les raisons de cette situation pour trouver les mesures compensatoires ou d'organisation, dès lors que la situation dépasse le cas particulier.

Cela pourrait déboucher sur un nouvel avenant conclu par les deux parties et conduisant à l'abandon du forfait en jour y compris avant la date anniversaire de conclusion de la convention de forfait individuelle.

Lorsqu'un entretien a été rendu nécessaire par l'identification de difficultés en matière de charge de travail, un bilan sera réalisé 3 mois plus tard afin de s'assurer que les actions correctrices engagées ont produit leur effet.

## **Article 8 | Le droit à la déconnexion**

Les moyens de communication, qui permettent d'être joignable en permanence et facilement, et même mis à disposition par l'entreprise ou pris en charge par elle, constituent de simples outils dont le cadre conserve la maîtrise d'utilisation. Les partenaires sociaux, soucieux du respect des temps de repos des cadres, soulignent le droit à la déconnexion numérique en dehors des périodes de travail et d'astreinte.

Afin de garantir le droit à la déconnexion des salariés concernés par les conventions de forfait, les partenaires sociaux réaffirment l'importance et décident que :

- les salariés concernés par les conventions de forfait ne peuvent être tenus, par aucune contrainte, à répondre aux courriels ou aux appels lors des congés payés, des jours de repos en application de l'article 4 du présent accord, aux congés exceptionnels et durant les repos hebdomadaires ;
- lors de chaque entretien prévu par l'article 7 du présent accord, un point sera consacré au droit à la déconnexion et au respect par le salarié et l'employeur des engagements pris de limiter le travail lors des congés payés, des repos, congés exceptionnels ;

- chaque structure mettant en place cet accord s’engage à prévoir, par une charte, les règles à respecter sur l’utilisation des outils informatiques.

Il est rappelé qu’aucune sanction ne pourra être prononcée contre le salarié dans le cadre de ce droit à la déconnexion.

#### **Article 9 | Effets de l’accord**

L’ensemble des dispositions du présent accord s’appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 et pour une durée déterminée de deux ans.

#### **Article 10 | Révision et dénonciation**

Le présent accord pourra être révisé dans les conditions prévues par les articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Il pourra être dénoncé par les parties signataires dans les conditions prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

#### **Article 11 | Formalité. Publicité**

Cet accord fera l’objet des formalités de dépôt prévues aux articles L. 2231-6 et suivants du code du travail.

*Fait à Paris, le 21 juillet 2021.*

(Suivent les signatures.)

---

Directeur de la publication : Pierre Romain

165210510-000122

Direction de l'information légale et administrative

ISSN 2266-145X

---