

Accord professionnel

**EXPLOITATIONS AGRICOLES ET COOPÉRATIVES D'UTILISATION  
DE MATÉRIEL AGRICOLE  
(Deux-Sèvres et Vienne)**

---

**Accord du 5 avril 2023**

NOR : AGRS2397118M

---

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

**Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles des Deux-Sèvres ;**

**Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles de la Vienne ;**

**Fédération départementale des coopératives d'utilisation du matériel agricole  
des Deux-Sèvres ;**

**Fédération départementale des coopératives d'utilisation du matériel agricole  
de la Vienne ;**

**Syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles des Deux-Sèvres ;**

**Syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles de la Vienne,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;**

**Syndicat général agroalimentaire Confédération française démocratique du  
travail des Deux-Sèvres ;**

**Syndicat général agroalimentaire Confédération française démocratique du  
travail de la Vienne ;**

**Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles Confédération générale de  
l'encadrement – Confédération générale des cadres ;**

**Fédération CFTC-Agri,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

La volonté des partenaires sociaux est de proposer aux salariés une couverture complémentaire santé commune afin de réaliser dans un esprit de solidarité une mutualisation entre les salariés de ces deux territoires.

Cet accord a pour objectif de faire bénéficier les salariés compris dans le champ d'application du présent accord d'une couverture complémentaire-santé comportant des garanties supérieures ou égales à celles contenues dans l'accord national daté du 10 juin 2008 et des avenants ultérieurs s'y afférant.

Le présent accord se substitue également :

À l'accord d'assurance complémentaire frais de santé du 18 août 2009 concernant les salariés agricoles relevant du présent accord et non affilié à l'AGIRC des exploitations agricoles, des CUMA de la Vienne et des entreprises de travaux agricoles et ruraux de la Vienne et des Deux-Sèvres.

À l'accord départemental du 5 juin 2009 sur un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non-cadres des exploitations agricoles de polyculture d'élevages spécialisés ou non, les CUMA et les exploitations de cultures spécialisées du département des Deux-Sèvres.

Le présent accord est un accord autonome des conventions collectives du 15 septembre 2020 concernant la production agricole et les CUMA (IDCC 7024) et du 8 octobre 2020 des entreprises de travaux et services agricoles, les entreprises de travaux et services ruraux et les entreprises de travaux et services forestiers (IDCC 7025) ainsi que des deux accords territoriaux étendus de la production agricole, CUMA et entreprises de travaux agricoles et ruraux des départements de la Vienne (IDCC 8542) et des Deux-Sèvres (IDCC 9791).

Il est rappelé que les partenaires sociaux ont pris en considération le principe d'égalité de traitement.

La branche professionnelle étant constitué principalement de petites et moyennes entreprises, les stipulations du présent accord répondent aux contingences visées à l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

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

### **Article 2.1 | Champ d'application professionnel**

Le présent accord règle les rapports entre les employeurs et les salariés dont l'activité est la suivante :

- exploitations agricoles de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient ;
- établissements de toutes natures dirigés par l'exploitant agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production des exploitants agricoles visés ci-dessus, ou des structures d'accueil touristique, précisées par décret, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration ;
- entreprises de travaux agricoles ; prestation accoupage ;
- coopératives d'utilisation de matériel agricole.

Sont exclus du champ d'application :

- les exploitations arboricoles dont le siège social est situé en Deux-Sèvres ;
- les entreprises d'accoupage, les entreprises de pisciculture et aquaculture.

## **Article 2.2 | Champ d'application territorial**

Le présent accord est applicable aux exploitations et entreprises présentes en France dont le siège social se situe sur les départements des Deux-Sèvres et de la Vienne. Il régit tous les travaux salariés qui y sont effectués, quel que soit le domicile des parties.

## **Article 3 | Entrée en vigueur**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024 si son arrêté d'extension est publié avant cette date. Dans le cas contraire, il entrera en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024 aux employeurs et salariés ressortissants d'entreprises adhérentes aux organisations employeurs signataires.

Le présent accord pourra préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissants d'entreprises non adhérentes aux organisations employeurs signataires et au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

## **Article 4 | Bénéficiaires**

### **Article 4.1 | Ouvrant droits**

Les dispositions du présent accord s'appliquent de façon obligatoire aux salariés non-cadres sans condition d'ancienneté, c'est-à-dire ceux ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017.

Sont exclus les VRP qui relèvent d'autres dispositions conventionnelles obligatoires.

#### **Article 4.1.1 | Cas de dispenses**

Toutefois peuvent demander à ne pas adhérer au régime :

Les salariés en contrat à durée déterminée si la durée de la couverture collective obligatoire dont ils pourraient prétendre est inférieure à 3 mois (durée appréciée à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et hors portabilité) et si ces salariés justifient d'une couverture complémentaire par ailleurs respectant les exigences du contrat responsable.

Les salariés en contrat de travail à durée indéterminée à temps partiel de moins de 15 heures hebdomadaires et si ces salariés justifient d'une couverture complémentaire par ailleurs respectant les exigences du contrat responsable.

Les salariés ou apprentis titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée comprise entre trois mois et douze mois.

Les salariés ou apprentis titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée supérieure à 12 mois à condition qu'ils justifient bénéficier d'une couverture individuelle « frais de santé » reconnue responsable par ailleurs.

Les salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire définie aux articles L. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale (qui remplace la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé [ACS]) – la dispense cesse à la date à laquelle les salariés ne bénéficient plus de cette couverture.

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. Cette dispense temporaire s'applique jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel. Si le contrat individuel prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite.

Les salariés et apprentis à temps partiel dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Les salariés à employeurs multiples qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations au titre d'un autre emploi dans le cadre d'un dispositif collectif et obligatoire.

Les salariés couverts à titre collectif et obligatoire par leur conjoint (marié, cocontractant de PACS ou concubin justifiant de deux années de vie commune ou d'un enfant né de l'union).

Les salariés bénéficiant en propre ou en tant qu'ayant droit au titre d'un autre emploi, de prestations servies dans le cadre :

- du régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- du régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- du régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- des contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de la Moselle (Alsace-Moselle), en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Les dispenses d'affiliation relèvent du libre choix du salarié :

Chaque dispense doit résulter d'une demande écrite du salarié traduisant un consentement libre et éclairé de ce dernier et faisant référence à la nature des garanties en cause auxquelles il renonce.

Dans tous les cas, la demande de dispense doit être formulée au moment de l'embauche ou au plus tard dans le délai d'un mois suivant celle-ci.

La demande de dispense des salariés devra indiquer le cadre dans lequel la dispense est formulée, le cas échéant l'organisme assureur portant le contrat souscrit par ailleurs et la date de la fin du droit s'il est borné. Elle devra, en outre, être accompagnée des justificatifs éventuels.

La demande de dispense des salariés devra comporter la mention selon laquelle ils ont été informés des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime (perte du bénéfice de la portabilité, des avantages sociaux et fiscaux, du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Évin...).

Les salariés dispensés devront informer l'employeur de tout changement de situation.

En tout état de cause, tout salarié sera tenu de cotiser au régime dès lors qu'il ne bénéficiera plus d'une des dispenses mentionnées ci-dessus.

### Article 4.1.2 | Versement santé

Conformément aux articles L. 911-7-1 et D. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés définis ci-après ont droit au versement d'une aide individuelle de l'employeur, dite « versement santé », en lieu et place de leur affiliation au dit régime « complémentaire santé ».

Les salariés visés par ce dispositif sont ceux dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à trois mois ou ceux dont la durée effective du travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine.

Ils doivent, en outre, être couverts par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant le cahier des charges des contrats responsables tel que défini aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Les salariés concernés doivent justifier de cette couverture.

En tout état de cause, cette aide financière de l'employeur ne peut être cumulée avec :

- le bénéfice de la complémentaire santé solidaire définie aux articles L. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale (qui remplace la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé [ACS]) ;
- le bénéfice, y compris en tant qu'ayant-droit, d'une couverture collective et obligatoire ;
- le bénéfice d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Le montant du « versement santé » est calculé mensuellement sur la base du montant de référence auquel est appliqué un coefficient multiplicateur. Il est fonction du financement mis en œuvre en application des articles L. 911-7 et L. 911-8 du code de la sécurité sociale, de la durée du contrat et de la durée du travail prévue par celui-ci.

À titre informatif à la conclusion du présent accord ce coefficient multiplicateur est fixé à 125 % pour les contrats à durée déterminée et à 105 % pour le contrat à durée indéterminée à temps partiel.

Le montant de référence correspond à la contribution mensuelle de l'employeur à la complémentaire santé d'entreprise pour la catégorie à laquelle appartient le salarié concerné et pour la période concernée.

### Article 4.2 | Ayants droit

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son et/ou ses ayant(s) droit :

- son conjoint ;
- les enfants à charge de l'ouvreur droit, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
  - âgés de moins de 16 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
  - âgés de 16 à 21 ans et considéré comme à charge fiscalement ;
  - âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études sous réserve de justifier leur inscription dans un établissement d'enseignement supérieur ;
  - âgés de moins de 26 ans, sous contrat d'apprentissage ou en formation initiale ;
- quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation adulte handicapé. Les adultes handicapés ne percevant pas l'aide susvisée sont considérés comme étant à charge.

## Article 5 | Garanties

Les organisations précisent que cet accord a pour objectif de mettre en place un régime complémentaire-santé obligatoire garantissant à tous les bénéficiaires les prestations définies dans le présent accord :

Les prestations sont garanties par l'organisme assureur et relèvent de sa seule responsabilité. L'employeur n'est tenu, à l'égard des salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

L'ensemble des garanties souscrites respectent en outre le cahier des charges des contrats responsables (obligations de prise en charge et de non prise en charge), institué par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, notamment en ce qui concerne le dispositif dénommé « 100 % santé ».

Toute réforme législative ou réglementaire, ayant pour effet de modifier la définition des contrats « aidés », ou contrats « responsables », ou les conditions d'exonérations sociale et fiscale ou de déductibilité, s'appliquera de plein droit au présent régime. Les garanties seront automatiquement adaptées, de telle sorte que le contrat souscrit réponde en permanence à l'ensemble de ces dispositions.

### Article 5.1 | Tableau des garanties

Hospitalisation médicale et chirurgicale	
Frais de séjour	200% BR
Honoraires signataire Optam/Optam CO	260% BR
Honoraires non-signataire Optam/Optam CO	200% BR
Chambre particulière (y compris ambulatoire) Maternité	2% PMSS
Forfait hospitalier	100% DE sans limitation de durée
Lit d'accompagnant et maison des enfants	1% PMSS
Transport sanitaire	100% BR

Soins courants	
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste Optam	220% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste non Optam	200% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste Optam	220% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non Optam	200% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam	200 % BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non Optam	180 % BR
Actes d'imagerie médicale signataire Optam	180% BR
Actes d'imagerie médicale signataire non Optam	160% BR
Auxiliaires médicaux	160% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	160% BR
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique	140% BR
Frais pharmaceutique (y compris médicaments remboursés à 15% par la MSA ou sécurité sociale)	100% BR

Dentaire	
Soins et prothèses dentaires 100% Santé	Sans reste à payer
Soins (Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie)	100% BR
Parodontologie non remboursée	2,91%PMSS
Inlay, Onlay	140% BR
Prothèses autres que 100% santé - Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation).	210% BR + un plafond annuel par bénéficiaire égal à 12% PMSS
Prothèses dentaires non remboursées par la MSA (couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)	7,25% PMSS
Orthodontie remboursée par la MSA ou sécurité sociale	330% BR
Orthodontie non remboursée par la MSA ou sécurité sociale	330% BR

Optique	
<b>Optique adulte/enfant - équipement de classe A - 100% Santé</b>	Sans reste à payer
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
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</b>	
Verre simple foyer - défaut visuel classe 1	100 €
Verre simple foyer - défaut visuel classe 2	105 €
Verre simple foyer - défaut visuel classe 3	135 €
Verre simple foyer - défaut visuel classe 4	175 €
Verre simple foyer - défaut visuel classe 5	200 €
Verre simple foyer - défaut visuel classe 1	200 €
Verre progressif - défaut visuel classe 2	250 €
Verre progressif - défaut visuel classe 3	265 €
Verre progressif - défaut visuel classe 4	300 €
Verre progressif - défaut visuel classe 5 - mineur	300 €
Verre progressif - défaut visuel classe 5 - majeur	325 €
Monture	100 €
Lentilles prises en charge par la MSA ou sécurité sociale	450% BR + plafond annuel de 7% PMSS par an et bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la MSA ou sécurité sociale	8% PMSS

  

Prothèses auditives	
<b>Equipements 100 % Santé</b>	Sans reste à payer
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
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)	

Autres postes	
Prime de maternité	1/3 PMSS (principe forfaitaire - doublée en cas de naissance gémellaire)
Cures thermales (honoraires, forfaits de surveillance médicales et thermales)	100% BR
Médecine douce sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la MSA ou sécurité sociale Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue	50 € par séance dans la limite de 2 séances par an
Assistance	Oui
Actes de prévention selon contrat responsable	
	Oui

\* Dans la limite du contrat responsable

## Article 6 | Mise en œuvre du principe de solidarité (Haut degré de solidarité)

L'avenant du 15 septembre 2015 à l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture a mis en place, au niveau national, un fonds de solidarité permettant la mise en œuvre de mesures individuelles ou collectives de prévention ou d'action sociale.

Au moins 1 % de la cotisation hors taxes de la couverture santé en application du présent accord sera affecté à un fonds de solidarité pour financer des actions de prévention et participer au financement d'actions de solidarité. Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation.

## Article 7 | Portabilité des droits

Sauf s'il a été licencié pour faute lourde, le salarié dont le contrat de travail est rompu ou prend fin et qui ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage peut bénéficier d'un maintien de ses garanties frais de santé de manière temporaire.

Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre et dans les conditions prévues par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Le coût de ce maintien de garanties est intégré aux cotisations afférentes aux salariés sous contrat de travail.

Lors de la sortie du salarié de l'effectif de l'entreprise, cette dernière lui remettra l'attestation de portabilité, préviendra l'organisme assureur. Cette portabilité d'une durée égale à celle du dernier contrat de travail ou des derniers contrats s'ils sont consécutifs ne pourra excéder 12 mois.

Les salariés en incapacité au moment de la rupture de leur contrat de travail bénéficient de la portabilité (la remise des attestations Pôle emploi étant alors différée à la reprise d'activité du salarié).

## Article 8 | Adhésion

Tout employeur ayant une activité définie à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord (champ d'application), est tenu de contracter une assurance couvrant les risques sus mentionnés.

## Article 9 | Financement des cotisations

Les cotisations, dont le montant est défini dans le contrat conclu avec l'organisme assureur, servant au financement de la couverture des salariés sont prises en charge par l'employeur et les salariés dans les proportions suivantes :

- part patronale = 60 % ;

– part salariale = 40 %.

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droits, il devra en assurer la totalité du financement.

Pour les salariés entrant en cours de mois, la cotisation sera payée *pro rata temporis*.

Pour les salariés quittant l'entreprise en cours de mois, la cotisation sera payée *pro rata temporis*.

## **Article 10 | Cas des salariés en suspension du contrat de travail**

### **Article 10.1 | Suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation**

Le bénéfice des garanties est maintenu au bénéficiaire dont le contrat de travail est suspendu, s'il bénéficie :

Soit d'un maintien total ou partiel de salaire, soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires, qu'elles soient versées directement par l'entreprise ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ; sans versement de cotisation pour tout mois civil complet d'absence ;

Si la suspension du contrat de travail est inférieure à un mois, les cotisations pour le bénéfice des garanties sont dues intégralement.

### **Article 10.2 | Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation**

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévus par les dispositions légales (notamment congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation à temps plein, congé pour création d'entreprise, congé de solidarité internationale, congé de solidarité familiale, congé de formation, congé d'enseignement ou de recherche) ne donnant pas lieu à maintien, en tout ou partie, de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie du maintien des garanties frais de santé pendant les trois premiers mois de la suspension du contrat de travail et ce, sans versement de cotisation.

## **Article 11 | Clause de réexamen de régime**

Conformément aux articles L. 912-1 et 2 du code de la sécurité sociale, le régime de prévoyance mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'une révision, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord.

## **Article 12 | Durée. Révision. Dénonciation**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties.

Il se substitue à toutes les dispositions résultant d'accords collectifs Vienne et Deux-Sèvres conclus en date du 29 avril 2009 et du 5 juin 2009 de leurs avenants portant sur le même objet que celui prévu par le présent accord.

Il pourra être modifié selon le dispositif prévu aux articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Il pourra également être dénoncé par l'une ou l'autre des parties en respectant un préavis de 3 mois selon les dispositions de l'article L. 2261-9 du code du travail et, sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis.

### **Article 13 | Dépôt. Extension**

Le présent accord sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

*Fait à Poitiers, le 5 avril 2023.*

(Suivent les signatures)