

Brochure n° 3157 | Convention collective nationale

IDCC : 2528 | **INDUSTRIES DE LA MAROQUINERIE, ARTICLES DE VOYAGE,
CHASSE-SELLERIE, GAINERIE, BRACELETS EN CUIR**

Accord du 20 décembre 2023

relatif à l'annexe spécifique n° 3 au secteur cordonnerie multiservice

NOR : ASET2450106M

IDCC : 2528

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

FFCM,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNAA CFE-CGC ;

FS CFDT ;

CMTE CFTC ;

THC CGT ;

Pharmacie LABM FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Par arrêté du 23 janvier 2019, le champ d'application de la convention collective nationale (CCN) de la cordonnerie multiservice (IDCC 1561) a été fusionné avec celui de convention collective nationale des industries de la maroquinerie, des articles de voyage, chasse-sellerie, gainerie et bracelets en cuir (IDCC 2528).

Conformément aux dispositions de l'article L. 2261-33^[1] du code du travail ci-après, cette fusion des champs d'application entraîne l'obligation de mettre en place des stipulations communes dans un délai de cinq ans à compter de la date d'effet de la fusion ou du regroupement.

[1] Article L. 2261-33 – Création loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 – art. 25 (V)

En cas de fusion des champs d'application de plusieurs conventions collectives en application du I de l'article L. 2261-32 ou en cas de conclusion d'un accord collectif regroupant le champ de plusieurs conventions existantes, les stipulations conventionnelles applicables avant la fusion ou le regroupement, lorsqu'elles régissent des situations équivalentes, sont remplacées par des stipulations communes, dans un délai de cinq ans à compter de la date d'effet de la fusion ou du regroupement. Pendant ce délai, la branche issue du regroupement ou de la fusion peut maintenir plusieurs conventions collectives.

Eu égard à l'intérêt général attaché à la restructuration des branches professionnelles, les différences temporaires de traitement entre salariés résultant de la fusion ou du regroupement ne peuvent être utilement invoquées pendant le délai mentionné au premier alinéa du présent article.

À défaut d'accord conclu dans ce délai, les stipulations de la convention collective de la branche de rattachement s'appliquent.

Pour autant, et ainsi que l'a rappelé le Conseil constitutionnel dans sa décision du 29 novembre 2019, ces dispositions ne font pas obstacle au maintien ou à l'adoption de stipulations spécifiques régissant des situations distinctes.

Soucieuses d'organiser les modalités de ce rapprochement, les organisations syndicales et professionnelles représentatives de branches de la cordonnerie multiservice et de la maroquinerie ont conclu le 19 décembre 2019 un accord mettant en place une CPPNI commune.

Cet accord prévoit l'ouverture de négociations destinées à parvenir à la définition de stipulations communes au champ fusionné ainsi qu'au contenu d'annexes sectorielles. En outre, l'accord relatif à la CPPNI prévoit la possibilité de maintenir des spécificités sectorielles pendant et à l'issue du délai de 5 ans.

C'est dans ces conditions, que les parties au présent accord ont souhaité se rencontrer afin de convenir d'une annexe spécifique au champ d'activité de la cordonnerie multiservice, lors de la réunion de la CPPNI élargie de la branche maroquinerie du 30 octobre 2023, à laquelle l'ensemble des organisations syndicales et patronales de la branche maroquinerie ont été conviées.

Le présent accord, conclu au terme des discussions qui ont ainsi été menées, vise à pérenniser et à sécuriser les spécificités sociales relatives notamment à l'indemnisation des salariés en situation d'incapacité de travail pour cause de maladie, d'accident ou de maternité, ainsi qu'à préserver les régimes complémentaires de retraite, de prévoyance des risques lourds et de remboursement de frais de santé qui existaient au sein de l'ancienne branche professionnelle de la cordonnerie multiservice, afin d'éviter des situations de rupture de droits particulièrement préjudiciables pour les salariés concernés.

Il a donc été décidé de reconduire les avantages sociaux susvisés, au bénéfice des salariés relevant du secteur de la cordonnerie multiservice, dans des conditions et termes identiques à ceux qui étaient en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023.

C'est dans ces conditions qu'il a été arrêté ce qui suit :

Article 1^{er} | Champ d'application

La présente annexe s'applique exclusivement aux entreprises relevant du secteur de la cordonnerie multiservice défini par le champ d'application de la convention collective de la cordonnerie multiservice du 29 décembre 1989 (révisée) anciennement enregistrée sous l'IDCC 1561.

Elle s'applique donc aux entreprises qui relèvent de la nomenclature des activités économiques de l'Insee sous les rubriques suivantes :

- 95.23 Z Réparation de chaussures et d'articles en cuir ;
- 95.29 Z Réparation d'articles personnels et domestiques.

Les professions visées sont ainsi les suivantes :

- la réparation de chaussures, bagages, articles de maroquinerie et articles similaires en cuir et autres matières ;
- les activités de multiservices (cordonnerie, duplication de clés, tampons, gravure...) et tous travaux annexes en service rapide.

Ces activités sont identifiées dans 2 secteurs : la cordonnerie artisanale et la cordonnerie industrielle. L'identification des 2 secteurs se détermine par le numéro de codes des risques professionnels notifié antérieurement au 1^{er} janvier 2008 par les caisses régionales d'assurance maladie :

- cordonnerie artisanale : numéro code risques professionnels 52.7 AA ;
- cordonnerie industrielle : numéro code risques professionnels 52.7 AB.

À compter du 1^{er} janvier 2008, le numéro code risques 52.7 AC Autres industries du cuir, fixe le taux collectif applicable au plan national par arrêté ministériel aux 2 secteurs. Il est rappelé que

conformément à l'article L. 2253-1 du code du travail, l'accord d'entreprise prime de manière générale sur l'accord de branche à l'exception des thèmes suivants :

- salaires minima ;
- classifications ;
- mutualisation des fonds de financement du paritarisme ;
- mutualisation des fonds de la formation professionnelle ;
- garanties collectives de protection sociale complémentaire mentionnées à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ;
- durée du travail (certaines mesures seulement) ;
- CDD et contrats de travail temporaire (durée totale, renouvellement, délai de carence et délai de transmission des contrats) ;
- CDI de chantier ou d'opération ;
- égalité professionnelle hommes/femmes ;
- période d'essai (conditions et durée de renouvellement) ;
- les modalités de poursuite des contrats de travail lorsque les conditions d'application de l'article L. 1224-1 relatif au transfert du contrat de travail ne sont pas réunies ;
- la mise à disposition d'un salarié temporaire auprès d'une entreprise utilisatrice ayant pour objectif de favoriser le recrutement de personnes rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières ou d'assurer un complément de formation professionnelle au salarié ;
- rémunération minimale du salarié porté et montant de l'indemnité d'apport d'affaire.

Ces garanties conventionnelles prévalent, sauf lorsque la convention d'entreprise assure des garanties au moins équivalentes.

Cette primauté générale s'applique, peu importe la date de conclusion de l'accord d'entreprise.

Article 2 | Dispositions pour les entreprises de moins de 50 salariés

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les partenaires sociaux précisent que le présent accord s'applique de façon identique à toutes les entreprises comprises dans son champ d'application quel que soit leur effectif. De ce fait, il n'est pas justifié de prévoir des stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 3 | Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet les thèmes ci-après :

- « Indemnisation maladie et accident » (art. 42 de la convention collective nationale de la cordonnerie multiservice, modifié par avenant du 1^{er} septembre 2009 étendu par arrêté du 14 juin 2011) et maternité ;
- « Régime de retraite complémentaire et prévoyance » (capital décès – rente éducation – incapacité de travail et invalidité permanente ; article 45 de la convention collective nationale de la cordonnerie multiservice, modifié par avenant du 1^{er} septembre 2009 étendu par arrêté du 14 juin 2011 et avenant du 6 novembre 2017 étendu par arrêté du 25 septembre 2019) ;
- « Régime professionnel de santé » (accord du 31 août 2015 étendu par arrêté du 21 décembre 2015 et avenant du 19 décembre 2019 étendu par arrêté du 2 avril 2021) ;
- « Congés supplémentaires » (articles 36 et 37 de la convention collective nationale de la cordonnerie multiservice) ;
- « Congés pour événements familiaux » (art. 40 de la convention collective nationale de la cordonnerie multiservice).

Article 4 | Indemnisation maladie et accident

Après un an d'ancienneté dans l'entreprise, en cas d'absence au travail, justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constatés par certificat médical et contre visite s'il y a lieu, les salariés bénéficieront des dispositions suivantes, à condition :

- d'avoir justifié dans les 48 heures de cette incapacité ;
- d'être pris en charge par la sécurité sociale ;
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'Union européenne.

Pendant 30 jours, le salarié percevra 90 % de la rémunération brute qu'il aurait perçue s'il avait travaillé.

Pendant les 30 jours suivants, le salarié percevra les 2/3 de cette même rémunération.

Ces temps d'indemnisation seront augmentés de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté en sus de celles requises à l'alinéa 1^{er} sans qu'aucune période ne puisse dépasser 90 jours.

Lors de chaque arrêt de travail, les délais d'indemnisation commencent à compter du premier jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident de travail ou à une maladie professionnelle ou en cas d'hospitalisation, à l'exclusion des accidents de trajet-travail, et à compter du 8^e jour d'absence dans tous les autres cas (carence de 7 jours).

De ces montants d'indemnité sont retenues par l'employeur les indemnités journalières perçues par le salarié (pour la sécurité sociale).

En cas d'arrêts de travail successifs pour maladie ou accident, la durée d'indemnisation est limitée, au cours de la période de 12 mois consécutifs, au temps de l'indemnisation acquise en raison de l'ancienneté.

Les entreprises entrant dans le champ d'application ont l'obligation de s'assurer pour la garantie mensualisation auprès de l'URRPIMMEC, institution de prévoyance du groupe Malakoff Médéric.

La cotisation pour le financement de cette garantie à la charge exclusive de l'employeur est de 0,43 % des tranches A et B des salaires des seules personnes concernées (plus d'un an d'ancienneté dans l'entreprise).

Article 5 | Maternité

Pour les salariées enceintes, afin de d'éviter les périodes de forte affluence dans les transports dans la journée, les parties conviennent de faire bénéficier ces salariées dès le 5^e mois de grossesse, d'une réduction d'horaire quotidienne d'une demi-heure sans perte de salaire ; cette réduction devant permettre d'embaucher plus tard ou de débaucher plus tôt en fin de journée. Cet aménagement des horaires sera convenu entre l'employeur et l'intéressée. Le personnel à temps partiel bénéficiera de cette disposition au prorata de son temps de travail.

Pendant la période de congé maternité ou d'adoption, la salariée reçoit une indemnisation de la sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 331-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 6 | Retraite complémentaire et prévoyance

Suite au protocole d'accord du 28 juin 1963, à la date du 1^{er} janvier 1963, le personnel des entreprises bénéficie obligatoirement d'un régime de retraite complémentaire.

Les entreprises sont tenues de s'affilier à l'IREC, institution de retraite du Groupe Malakoff Médéric.

Pour participer de la retraite complémentaire, le salarié doit, s'il n'est pas apprenti sous contrat, être âgé d'au moins de 16 ans.

L'assiette des cotisations est basée sur la totalité du salaire. Cette cotisation est calculée à concurrence de 60 % pour l'employeur et 40 % pour le salarié.

Sont exclues de cet accord, les entreprises ayant adhéré avant le 1^{er} janvier 1963 à une autre caisse de retraite.

À compter du 1^{er} janvier 1996, Le personnel des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective bénéficiera obligatoirement d'un régime de prévoyance constitué des garanties suivantes :

- capital décès, invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- incapacité de travail, invalidité permanente.

6.1. Capital décès, invalidité absolue et définitive (avenant du 6 novembre 2017, étendu)

En cas de décès du salarié ou d'invalidité absolue et définitive de ce dernier, il est versé au bénéficiaire un capital déterminé en fonction du salaire brut de base perçu par l'intéressé au cours des 12 derniers mois d'activité et de sa situation de famille.

(En pourcentage.)

Situation de famille	Capital décès	
	Cadres ^[1]	Non-cadres ^[1]
Célibataire, veuf, divorcé sans enfant	220	100
Marié sans enfant	340	125
Célibataire, veuf, divorcé, avec enfant	410	200
Majoration par enfant supplémentaire	70	50

[1] Conformément à l'avenant interprétatif du 17 mars 2014 (étendu par arrêté du 5 janvier 2015, JO 10 janvier), le financement du régime et le niveau des prestations sont différenciés selon que les salariés : sont « cadres » ou « non-cadres ». Prenant acte du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 et de la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344, les partenaires sociaux entendent par :

- cadres : le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC du 14 mars 1947 ;
- non-cadres : le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC du 14 mars 1947.

En outre, les partenaires sociaux ajoutent que les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail et assujettis au régime général en vertu de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, peuvent bénéficier du régime de prévoyance, mais qu'il leur appartient dans ce cas de respecter les conditions exigées par la réglementation en vigueur (circulaire DSS du 25 septembre 2013).

En cas de décès par accident, il est versé un capital supplémentaire égal à 100 %.

6.2. Rente éducation

En cas de décès d'un salarié ou d'invalidité absolue et définitive pendant la durée de son contrat de travail, il est versé une rente éducation pour chacun de ses enfants à charge. Sont considérés comme tels, les enfants de moins de 18 ans ou de moins de 26 ans s'ils poursuivent des études ou sont en apprentissage.

Son montant annuel est égal à 12 % du salaire annuel brut servi au salarié au cours des 12 derniers mois d'activité précédant son décès.

Les rentes sont payées mensuellement et revalorisées annuellement selon les modalités en vigueur au sein de l'institution.

6.3. Incapacité de travail, invalidité permanente

En sus de l'indemnisation prévue à l'article 4 du présent accord, le salarié bénéficiera, en cas d'absence au travail pour incapacité résultant de la maladie ou de l'accident, en complément et relais de la mensualisation ou à compter du 31^e jour, d'une indemnisation calculée à hauteur de 80 % de son salaire brut de base.

L'indemnisation s'entend déduction faite des prestations versées par la sécurité sociale.

En cas d'invalidité permanente 2^e et 3^e catégories définies à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, l'indemnisation est égale à 80 % du salaire brut de base de l'intéressé.

L'indemnisation est ramenée à 45 % en cas d'invalidité 1^{re} catégorie au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

L'indemnisation complémentaire en cas d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie est versée tant que le salarié justifie de son état et au plus tard jusqu'à la date d'effet de la pension de retraite de la sécurité sociale.

6.4. Financement du régime

Les cotisations sont calculées sur le salaire brut servant de base aux cotisations de la sécurité sociale limité au plafond de la tranche B :

- tranche A (TA) : tranche de rémunération au plus égale au salaire annuel plafond de la sécurité sociale ;
- tranche B (TB) : tranche de rémunération comprise entre 1 fois et 4 fois ce plafond.

Pour les anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties prévu au paragraphe 5 du présent article, aucune cotisation n'est due par les anciens salariés pendant la période maintien, celui-ci étant financé par mutualisation avec les cotisations définies au titre des assurés présents à l'effectif.

Les cotisations destinées au financement du régime sont les suivantes :

(En pourcentage.)

Risques garantis	Cadres ^[1]					
	TA			TB		
	Total	Part patronale	Part salariale	Total	Part patronale	Part salariale
Capital décès	1,420	1,420	0,000	1,420	1,420	0,000
Rente éducation	0,160	0,160	0,000	0,160	0,160	0,000
Incapacité invalidité	1,470	0,882	0,588	2,420	1,452	0,968
Total	3,050	2,462	0,588	4,000	3,032	0,968

[1] Conformément à l'avenant interprétatif du 17 mars 2014 (étendu par arrêté du 5 janvier 2015, JO 10 janvier), le financement du régime et le niveau des prestations sont différenciés selon que les salariés sont « cadres » ou « non-cadres ». Prenant acte du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 et de la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344, les partenaires sociaux entendent par :

- cadres : le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC du 14 mars 1947 ;
- non-cadres : le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC du 14 mars 1947.

En outre, les partenaires sociaux ajoutent que les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail et assujettis au régime général en vertu de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, peuvent bénéficier du régime de prévoyance mais qu'il leur appartient dans ce cas de respecter les conditions exigées par la réglementation en vigueur réglementation (circulaire DSS du 25 septembre 2013).

Risques garantis	Non-cadres ^[1]					
	TA			TB		
	Total	Part patronale	Part salariale	Total	Part patronale	Part salariale
Capital décès	0,410	0,246	0,164	0,410	0,246	0,164
Rente éducation	0,160	0,096	0,064	0,160	0,096	0,064
Incapacité invalidité	1,040	0,624	0,416	2,010	1,206	0,804
Total	1,610	0,980	0,630	2,580	1,562	1,018

[1] Conformément à l'avenant interprétatif du 17 mars 2014 (étendu par arrêté du 5 janvier 2015, JO 10 janvier), le financement du régime et le niveau des prestations sont différenciés selon que les salariés sont « cadres » ou « non-cadres ». Prenant acte du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 et de la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344, les partenaires sociaux entendent par :

- cadres : le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC du 14 mars 1947 ;
- non-cadres : le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC du 14 mars 1947.

En outre, les partenaires sociaux ajoutent que les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail et assujettis au régime général en vertu de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, peuvent bénéficier du régime de prévoyance mais qu'il leur appartient dans ce cas de respecter les conditions exigées par la réglementation en vigueur (circulaire DSS du 25 septembre 2013).

Le taux de cotisation les cadres, l'obligation de cotisation patronale sur la tranche A telle que prévue par la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

6.5. Portabilité des garanties du régime de prévoyance

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 selon les conditions suivantes :

a) Le maintien des garanties 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 entiers, le cas échéant arrondie au mois supérieur, et pour une durée maximale de douze mois.

La suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

b) Le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

c) Les garanties maintenues du bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

d) 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.

e) 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, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

f) 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 mentionnée au premier alinéa.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de prise en charge par le régime d'assurance chômage.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits de prévoyance.

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (parts patronale et salariale) permettant aux anciens salariés de bénéficier de ce dispositif sans paiement de cotisation.

Article 7 | Régime frais de santé

Dans le cadre et conformément à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux ont souhaité créer un régime de remboursement des frais de santé au sein de la branche complétant ainsi leur politique en matière de protection sociale.

Grâce à la mutualisation des risques organisée au niveau de la branche dans le cadre de la recommandation prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux instaurent un régime de qualité au meilleur coût pour les entreprises et salariés de la branche qui garantit :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;
- un niveau de couverture adéquat reposant sur les garanties les plus pertinentes compte tenu des besoins sociaux et contraintes économiques de la branche ;
- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques, de taux de cotisations négociés et maintenus pendant deux ans ainsi que d'engagements sur la qualité de service ;
- un pilotage paritaire du régime permettant d'en contrôler l'application, l'adaptation, l'évolution et d'en assurer la pérennité.

Le régime professionnel « frais de santé » développe également un degré élevé de solidarité destinée à promouvoir une politique active de prévention, d'action sociale pour les populations les plus fragiles et de maintien des garanties pour certains salariés ou anciens salariés dans des conditions privilégiées.

La mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence impartiale et transparente assurant l'égalité des candidats dans le respect de la législation a permis le choix par les partenaires sociaux de l'organisme assureur le mieux-disant.

En outre, le présent accord permet aujourd'hui de proposer une couverture « frais de santé » respectant la réglementation des contrats responsables. Il inclut le financement du maintien temporaire de la couverture au bénéfice des anciens salariés indemnisés par l'assurance chômage, dénommé portabilité santé.

Il répond aussi des obligations liées à généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à effet du 1^{er} janvier 2016 et facilite ainsi les démarches pour certaines entreprises, notamment les TPE/PME, pour la mise en place d'une couverture complémentaire.

7.1. Objet et champ d'application

Suite à l'appel à concurrence mené début 2015 conformément à la procédure définie par le décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015, le présent accord instaure un régime professionnel de remboursement des frais de santé (dénommé régime professionnel de santé) au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective de la cordonnerie multiservice (IDCC 1561).

Il définit les garanties, les cotisations et leur répartition, la solidarité professionnelle mise en œuvre ainsi que l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion dudit régime dans le cadre de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises au sens du présent accord s'entendent des entreprises dont l'activité principale au 1^{er} janvier 2016 relève du champ d'application professionnel et territorial de la convention collective, tel qu'il est défini à l'article 1^{er} de la convention.

7.2. Hiérarchie des normes et accords d'entreprise

Conformément aux articles L. 2253-1, L. 2253-2 et L. 2253-3 du code du travail, l'accord de complémentaire santé d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du régime professionnel de santé visé par le présent accord.

7.3. Bénéficiaires du régime professionnel de santé et dispenses d'affiliation

7.3.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime et l'ensemble de ses garanties s'appliquent obligatoirement, dès leur date d'embauche, à l'ensemble des salariés de la totalité des entreprises relevant du champ d'application du présent accord.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité, de paternité ou d'adoption ainsi que les salariés en formation.

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, des dispenses d'affiliation peuvent être exercées par les salariés dans des cas limitatifs. Elles sont définies à l'article 7.3.2 et mises en œuvre selon des modalités de l'article 7.3.3.

Les partenaires sociaux souhaitent rappeler qu'en cas de non-respect des dispositions du présent article, les entreprises s'exposent pour elles-mêmes et pour l'ensemble des salariés affiliés au régime à un redressement fiscal et/ou social.

7.3.2. Dispenses admises pour les bénéficiaires à titre obligatoire

En application de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation à la garantie « frais de santé » :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail 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 ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus cette aide ;
- les salariés déjà 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. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant

d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (notamment salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

En application de la législation en vigueur, aucun autre cas de dispense ne pourra être accordé.

7.3.3. Modalités de mise en œuvre des dispenses

Pour l'application des cas de dispenses de l'article 7.3.2, l'employeur devra se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés demandant une dispense d'affiliation.

Cet écrit précise obligatoirement leur refus d'adhésion et le motif exact de ce refus parmi les cas listés à l'article 7.3.2 et sera accompagné de tous les justificatifs nécessaires.

Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion à la garantie « frais de santé ».

Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus d'adhérer et de cotiser à la garantie « frais de santé » lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

7.3.4. Cas particulier de bénéficiaires à titre gratuit

Les salariés en congés maternité ou paternité bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation (part employeur comme salarié) par la solidarité du régime professionnel de santé conformément au 1° de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

7.3.5. Autres bénéficiaires

Les ayants droit du salarié (tels que définis ci-dessous) ont accès, auprès de l'organisme recommandé par les partenaires sociaux, à des extensions facultatives souscrites par l'entreprise et choisies individuellement par chaque salarié.

Seule l'adhésion du salarié est obligatoire, les salariés peuvent étendre la couverture de la garantie santé dont il bénéficie à :

- leur conjoint, concubin ou pacsé (tels que définis ci-dessous) ;

et/ou :

- à leur(s) enfant(s) à charge (tels que définis ci-dessous).

Sont ayants droit du salarié bénéficiaire :

- le conjoint du participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- la personne vivant en concubinage avec le participant. Conformément à l'article 515-8 du code civil, le concubinage est une union de fait caractérisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ;
- les enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du participant, les enfants du salarié et de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans et être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;

- être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
- être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi ;
- ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel ;
- ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.
- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire ;
- les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

7.4. Les garanties du régime professionnel de santé

Les garanties du présent régime, prévues pour information en annexe au présent accord, sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur au moment de la prise d'effet du présent accord. Elles seront revues en cas d'évolution de la réglementation.

Les garanties prévues par le régime professionnel de santé comprennent des prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé, des actes de prévention ainsi qu'une garantie assistance santé.

Les seules limites ou exclusions de garanties sont mentionnées à l'article 7.4.1.2 du présent accord.

La cotisation à la garantie santé du régime fait bénéficier le participant de l'ensemble des garanties proposées par le régime professionnel de santé (garantie santé + garantie assistance + actes de prévention).

Pour ouvrir droit aux prestations, le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 7.3 du présent accord.

L'employeur pourra librement négocier au sein de son entreprise les conditions d'une couverture complémentaire santé supérieures aux garanties conventionnelles, laquelle devra être constatée dans un acte juridique interne à l'entreprise, relevant de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

À ce titre, au-delà du régime de base obligatoire couvrant le seul salarié, l'entreprise a notamment la possibilité de souscrire à deux options facultatives permettant aux salariés d'améliorer les prestations du régime de base.

Ces options ont été définies par les partenaires sociaux et bénéficient de conditions tarifaires privilégiées, car négociées auprès de l'organisme recommandé à l'article 7.8.1 du présent accord.

Les entreprises pourront y souscrire soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative, soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire.

En cas d'adhésion collective facultative, les modalités de souscription de l'option (passage de la base à l'option, de l'option à la base...) sont définies contractuellement auprès de l'organisme d'assurance.

Ouverture des droits aux garanties du régime professionnel de santé :

- concernant les salariés, les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins ;
- concernant les personnes couvertes à titre facultatif, dans le cas où l'adhésion du salarié seul est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :
 - à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
 - au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'extension familiale, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

7.4.1. La garantie frais de santé du régime professionnel de santé

7.4.1.1. *Liste des prestations de la garantie santé du régime professionnel de santé*

Les garanties du régime professionnel de santé ont été revues et modifiées, à compter du 1^{er} janvier 2020 et à titre informatif, selon le tableau reproduit en annexe.

Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale hormis pour la garantie optique.

(Voir page suivante.)

	Nature des frais	Base obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)
	Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.			
Hospitalisation ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non	Frais de séjour			
	En établissement conventionné ou non conventionné	100 % de la BR	150 % de la BR	360 % de la BR
	Honoraires			
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % de la BR	150 % de la BR	360 % de la BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % de la BR	120 % de la BR	200 % de la BR
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾ non remboursé par la sécurité sociale	100 % des FR	100 % des FR	100 % des FR
	Chambre particulière non remboursée par la sécurité sociale			
Soins courants auprès d'un professionnel conventionné ou non	Par nuitée/par journée	45 € par jour	65 € par jour	65 € par jour
	Lit d'accompagnant non remboursé par la sécurité sociale	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour
	Forfait maternité ou adoption (prime de naissance)			
	Par enfant	-	100 €	300 €
	Honoraires médicaux			
	Consultation – visite – consultation en ligne			
	chez un généraliste			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	chez un spécialiste			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR

	Nature des frais	Base obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)
	Actes techniques médicaux			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Actes d'imagerie médicale			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Analyses et examens de laboratoire	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Matériel médical			
	Appareillage et prothèses médicales remboursées par la SS, hors aides auditives et optique	100 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Frais de transport sanitaire			
	Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR ^[11]	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Cures thermales			
	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Médicaments			
	Médicaments remboursés à 65 %	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Médicaments remboursés à 30 %	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Médicaments remboursés à 15 %	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale – par an et par bénéficiaire	–	60 €/an/ bénéficiaire	150 €/an/ bénéficiaire

	Nature des frais	Base obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)
	Médecine additionnelle et de prévention sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel non remboursée par la sécurité sociale prescrite par un médecin			
	Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue, psychomotricien pour enfant, consultation diététicien	-	Jusqu'à 2 fois par an/bénéficiaire limitées à 30 €/séance	Jusqu'à 3 fois par an/bénéficiaire limitées à 50 €/séance
	Soins et prothèses 100 % santé**			
	À compter du 1 ^{er} janvier 2020 pour les couronnes et bridges et dès le 1 ^{er} janvier 2021 pour les autres prothèses du panier dentaire.		Sans reste à payer ^[12]	
	Soins			
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Inlay/onlay	160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR
	Prothèses autres que 100 % santé			
	Panier à tarifs « modérés » :			
	Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (couronne transitoire, inlaycore, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR
	Panier à tarifs « libres » :			
	Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (couronne transitoire, inlaycore, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR
	Implantologie			
	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la sécurité sociale – limité à 3 implants, par an et par bénéficiaire / Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire – limité à 3 implants, par an et par bénéficiaire	-	-	500 €
	Orthodontie ^[7]			
	Remboursée par la sécurité sociale – par semestre de traitement et par bénéficiaire	160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR

Dentaire auprès d'un professionnel

	Nature des frais		Base obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)
Optique équipement (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales	Équipement 100 % santé (classe A)		Sans reste à payer ^[13]		
	Équipement autre que 100 % santé (classe B)				
	Dans le réseau KALIXIA ^[9] tarifs négociés et reste à charge minoré (termes exclus de l’exten- sion par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr.)	par verre simple *****	58 €	121 €	160 €
		par verre complexe *****	98 €	178 €	270 €
		par verre très complexe *****	132 €	236 €	328 €
		par monture de lunettes *****	35 €	81 €	100 €
	Hors réseau KALIXIA (termes exclus de l’exten- sion par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr.) ^[9]	par verre simple *****	50 €	105 €	160 €
		par verre complexe *****	85 €	155 €	235 €
		par verre très complexe *****	115 €	205 €	285 €
		par monture de lunettes *****	30 €	70 €	100 €
Lentilles					
Aides auditives ou équipement par oreille	Lentilles prescrites remboursées par la sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la sécurité sociale		200 €/an	250 €/an	300 €/an
	Chirurgie optique réfractive				
	Par œil par bénéficiaire par an		100 €	175 €	250 €
	Jusqu’au 31 décembre 2020				
Aides auditives ou équipement par oreille	Appareil auditif remboursé par la sécurité sociale – par an et par bénéficiaire		100 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	À compter du 1 ^{er} janvier 2021	Renouvellement par appareil tous les : 4 ans			
	Équipement 100 % santé** (classe I ***)		Sans reste à payer ^[13]		

	Nature des frais	Base obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)
Équipement autre que 100 % santé (classe II ***)	Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la sécurité sociale			
	Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité ****	100 % de la BR	122 % de la BR	122 % de la BR
	Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	100 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Accessoires et fournitures	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
<p>BR = Base de remboursement de la sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la sécurité sociale moins le remboursement de la sécurité sociale. DE = Dépense effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la sécurité sociale. TM = Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime</p> <p>* 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 annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.</p> <p>** 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.</p> <p>*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les conditions générales.</p> <p>**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20^e après correction.</p> <p>***** Y compris le remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>[1] En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.</p> <p>[3] Hors établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>[7] Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.</p> <p>[9] Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives (termes exclus de l'extension par arrêté 2 avril 2021, JO 13 avril). La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la sécurité sociale, est assurée à minima au ticket modérateur.</p> <p>[11] 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.</p> <p>[12] Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux conditions générales.</p> <p>[13] Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales.</p>				

7.4.1.2. Limites et exclusions de garanties

La garantie santé du régime professionnel de santé telle que définie précédemment ne s'applique pas en cas de dépassements d'honoraires non déclarés à la sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements qui ne sont pas pris en charge.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Dès lors, les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement.

En outre, sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau de garanties.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

7.4.2. Les actes de prévention du régime professionnel de santé

Comme l'indique le tableau de garanties, le régime professionnel de santé prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention à la hauteur du ticket modérateur.

À titre indicatif, les actes définis dans le tableau ci-dessous sont pris en charge.

	Base obligatoire régime professionnel de santé	Option 1	Option 2
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	Oui	Oui	Oui
Un détartrage annuel complet sus – et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)	Oui	Oui	Oui
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de quatorze ans)	Oui	Oui	Oui
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	Oui	Oui	Oui
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour un des actes prévus : – audiométrie tonale ou vocale ; – audiométrie tonale avec tympanométrie ; – audiométrie vocale dans le bruit ; – audiométrie tonale ou vocale ; – audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie.	Oui	Oui	Oui
Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limitée aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans	Oui	Oui	Oui

	Base obligatoire régime professionnel de santé	Option 1	Option 2
<p>Les vaccinations suivantes seules ou combinées :</p> <p>a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges</p> <p>b) Coqueluche : avant 14 ans</p> <p>c) Hépatite B : avant 14 ans</p> <p>d) BCG : avant 6 ans</p> <p>e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant</p> <p>f) <i>Haemophilus influenzae</i> B</p> <p>g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois</p>	Oui	Oui	Oui

Afin d'assurer l'équilibre structurel des garanties de la branche, le régime professionnel de santé met en œuvre une politique active de prévention dont les orientations sont définies à l'article 7.9 dans le cadre de la solidarité du régime professionnel de santé.

7.4.3. La garantie assistance santé du régime professionnel de santé

Chaque bénéficiaire du régime professionnel de santé bénéficie d'une garantie dite « assistance santé » notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès dont les conditions sont définies contractuellement par l'organisme assureur recommandé à l'article 8.1.

Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges suite à un acte médical ou un produit de santé.

7.5. Maintiens et conditions de suspension des garanties du régime professionnel de santé

7.5.1. Maintien des garanties du régime professionnel de santé dans le cadre de la portabilité

Les salariés bénéficient du maintien sans contrepartie de cotisations des garanties du régime 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 (dispositif appelé « portabilité santé ») dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance 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 un même employeur.
- Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficieraient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des régimes frais de santé de l'ensemble des salariés encore en activité, aucune cotisation n'étant due, dès lors, par l'entreprise et le salarié.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle emploi, de décès).

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

7.5.2. Maintien des garanties du régime professionnel de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou ayants droits

7.5.2.1. Bénéficiaires de ce maintien

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Évin, les garanties du régime professionnel de santé peuvent être maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Le régime professionnel de santé élargit le bénéfice du maintien des garanties au profit des anciens salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

7.5.2.2. Conditions de ce maintien

Les taux de cotisations des bénéficiaires visés à l'article ci-dessus sont définis au point 1 de l'article 7.6.1 du présent accord.

Sous réserve d'être informé, par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité santé exposé à l'article 7.5.1 ; ou du décès du salarié.

Les intéressés peuvent en faire directement la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la cessation du contrat de travail ou le décès du salarié ou, le cas échéant, à l'issue de la période de portabilité santé telle que mentionnée à l'article 7.5.1.

Par ailleurs, les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent accord au profit des salariés.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

7.5.3. Conditions de maintien des garanties du régime professionnel de santé en cas de suspension du contrat de travail

7.5.3.1. Suspension des garanties du régime professionnel de santé

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans le mois de la reprise. À défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

7.5.3.2. Cas de maintien des garanties du régime professionnel de santé

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 de la sécurité sociale pour maladie, accident, ou d'adoption. Dans ce 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 définies au point 1 de l'article 7.6.1.

7.6. Cotisations

7.6.1. Taux de cotisation du régime professionnel de santé

La cotisation des salariés diffère en fonction de leur régime d'affiliation ; soit ils relèvent du régime général d'assurance maladie, soit ils relèvent du régime local d'Alsace-Moselle.

Afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions, les cotisations des salariés bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle sont réduites en conséquence.

1. La cotisation aux garanties du régime professionnel de santé (incluant le financement de la portabilité santé défini à l'article 7.5.1), exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est égale à :

Régime général

■ Régime choisi par l'entreprise, en régime obligatoire pour tous ses salariés :

	Régime de base conventionnelle	Option 1 (choix de l'entreprise)	Option 2 (choix de l'entreprise)
Salarié seul en obligatoire	1,23 %	1,79 %	2,28 %

■ Extension de la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

(Le salarié décide d'étendre la couverture dont son entreprise le fait bénéficier de façon obligatoire à son conjoint et/ou ses enfants – couvertures facultatives)

	Régime de base conventionnelle	Option 1	Option 2
Facultatif conjoint et assimilé	1,32 %	1,91 %	2,44 %
Facultatif enfant	0,74 %	1,09 %	1,29 %

■ Extension de la couverture à un niveau supérieur :

(Le salarié décide de prendre un niveau de couverture supérieur au niveau obligatoire d'entreprise et éventuellement d'étendre la garantie de ses ayants droit à ce même niveau)

	Option 1 Base conventionnelle	Option 2 Base conventionnelle	Option 2 - Option 1
Salarié	0,59 %	1,12 %	0,53 %
Conjoint facultatif	0,59 %	1,12 %	0,53 %
Enfant facultatif	0,35 %	0,55 %	0,20 %

Régime local Alsace-Moselle

■ Régime choisi par l'entreprise, en régime obligatoire pour tous ses salariés :

	Régime de base conventionnelle	Option 1 (choix de l'entreprise)	Option 2 (choix de l'entreprise)
Salarié seul en obligatoire	0,74 %	1,30 %	1,79 %

■ Extension conjoint et/ou ses enfants :

(Le salarié décide d'étendre la couverture dont son entreprise le fait bénéficier de façon obligatoire à son conjoint et/ou ses enfants – couvertures facultatives)

	Régime de base conventionnelle	Option 1	Option 2
Facultatif conjoint et assimilé	0,79 %	1,38 %	1,91 %
Facultatif enfant	0,44 %	0,79 %	0,99 %

■ Extension de la couverture à un niveau supérieur :

(Le salarié décide de prendre un niveau de couverture supérieur au niveau obligatoire d'entreprise et éventuellement d'étendre la garantie de ses ayants droit à ce même niveau)

	Option 1 Base conventionnelle	Option 2 Base conventionnelle	Option 2 – Option 1
Salarié	0,59 %	1,12 %	0,53 %
Conjoint facultatif	0,59 %	1,12 %	0,53 %
Enfant facultatif	0,35 %	0,55 %	0,20 %

50 % de la cotisation du salarié seul sont pris en charge par l'employeur sur la « base minimum conventionnelle ».

Les cotisations dites « option 1 » et « option 2 » s'ajoutent à la cotisation de la base minimum conventionnelle obligatoire. Elles peuvent être :

- soit à la charge exclusive du salarié ;
- soit réparties entre l'employeur et le salarié conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

S'il le souhaite, et à sa charge exclusive, le salarié peut étendre le bénéfice du régime professionnel aux membres de sa famille en souscrivant aux extensions facultatives pour le même niveau de garantie dont il bénéficie : soit le « régime de base » constituant le minimum conventionnel, soit l'« option 1 » ou l'« option 2 ». Les cotisations mentionnées s'ajoutent à sa cotisation.

2. La cotisation aux garanties du régime professionnel de santé pour les anciens salariés et bénéficiaires visés par les articles 7.5.2.1 et 7.5.3 est égale à :

Régime général

a) Retraités :

	Régime base conventionnelle	Option 1	Option 2
Salarié seul en obligatoire	1,84 %	2,68 %	3,41 %

Si le salarié avait étendu la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

	Régime base conventionnelle	Option 1	Option 2
Facultatif conjoint et assimilé de retraité	1,98 %	2,86 %	3,66 %
Facultatif enfant	0,74 %	1,09 %	1,29 %

b) Loi Évin non retraité :

	Régime base conventionnelle	Option 1	Option 2
Salarié seul en obligatoire	1,59 %	2,31 %	2,95 %

Si l'ancien salarié avait étendu la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

	Régime base conventionnelle	Option 1	Option 2
Facultatif conjoint et assimilé	1,71 %	2,47 %	3,16 %
Facultatif enfant	0,74 %	1,09 %	1,29 %

Régime local

a) Retraités :

	Régime de base conventionnelle	Option 1	Option 2
Salarié seul en obligatoire	1,11 %	1,95 %	2,68 %

Si le salarié avait étendu la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

	Régime base conventionnelle	Option 1	Option 2
Facultatif conjoint et assimilé	1,18 %	2,06 %	2,86 %
Facultatif enfant	0,44 %	0,79 %	0,99 %

b) Loi Évin non retraité :

	Régime base conventionnelle	Option 1	Option 2
Salarié seul en obligatoire	0,96 %	1,68 %	2,32 %

Si le salarié avait étendu la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

	Régime base conventionnelle	Option 1	Option 2
Facultatif conjoint et assimilé	1,02 %	1,78 %	2,47 %
Facultatif enfant	0,44 %	0,79 %	0,99 %

Les cotisations susmentionnées sont à la charge des personnes souhaitant bénéficier du maintien des garanties du régime. Elles peuvent bénéficier auprès de l'organisme recommandé d'un financement au titre de la solidarité du régime professionnel de santé.

3. Maintien des taux de cotisations

Les taux de cotisations du présent article sont maintenus pour une durée de deux années hormis en cas d'évolutions législatives, réglementaires ou désengagement de la sécurité sociale venant modifier les conditions d'équilibre du régime professionnel de santé.

À l'issue, les cotisations sont révisables chaque année par accord paritaire dans les limites prévues par la loi.

7.6.2. Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur indicative pour 2015 de 3 170 €).

7.7. Règles relatives à l'instauration du régime professionnel de santé en fonction de la situation de l'entreprise

Tous les salariés compris dans le cadre collectif défini à l'article 7.3 doivent, à la date du 1^{er} janvier 2016, bénéficier des garanties prévues à l'article 7.4.

À cet effet, toutes les entreprises sont tenues d'adhérer au plus tard le 1^{er} janvier 2016 à un organisme d'assurance (mentionné à l'article 1^{er} de la loi du 31 décembre 1989) pour se conformer aux obligations du présent régime professionnel qui entre en vigueur à cette date.

Le choix de l'organisme recommandé visé à l'article 7.8.1 garantit à l'entreprise et à ses salariés le respect de l'ensemble des prescriptions du régime professionnel en matière de couverture santé : bénéficiaires, garanties, maintiens, droits non contributifs...

Les entreprises n'ayant pas rejoint l'organisme recommandé ne peuvent changer d'assureur ni modifier le contrat couvrant les salariés que dans le respect des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur et sous réserve de satisfaire aux vérifications visées à l'article 7.11.

7.7.1. Cas de l'entreprise n'ayant pas mis en place de garanties santé avant le 1^{er} janvier 2016

Lorsqu'aucune garantie santé n'a été mise en place dans l'entreprise avant le 1^{er} janvier 2016, l'employeur a l'obligation de mettre en place un régime respectant, *a minima*, l'ensemble des prescriptions du régime professionnel de santé instauré par le présent accord, au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Lorsque le chef d'entreprise envisage des garanties supérieures en tout ou partie à celles définies par le régime professionnel ou financées pour plus de 50 % par l'entreprise, les garanties santé et leur financement sont déterminés selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité.

7.7.2. Cas de l'entreprise ayant mis en place des garanties santé avant le 1^{er} janvier 2016

En présence d'une couverture santé antérieure au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime professionnel de santé.

À ce titre, il devra notamment veiller à ce que :

- chaque garantie mise en place dans l'entreprise soit supérieure ou égale aux garanties du régime professionnel de santé ;
- la participation patronale au régime interne à l'entreprise soit au moins égale à 50 % de la cotisation du régime professionnel de santé « Base minimum conventionnelle obligatoire » pour le salarié seul ;
- le régime interne respecte bien les dispositions de l'article 10 et propose notamment les actions de solidarité spécifiques ;
- les conditions de bénéfice et de maintien des garanties y compris pour les anciens salariés soient au moins aussi favorables que celles du régime professionnel de santé.

7.7.3. Détermination de la conformité d'une couverture antérieure

En présence d'une couverture antérieure au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime professionnel de santé (art. 7.7.2) et l'adapter conformément aux dispositions suivantes :

- 1.** Le contrat couvrant l'entreprise doit garantir tous les salariés présents et futurs tels que définis par le présent accord (absence de condition d'ancienneté minimale, dispenses d'affiliation) ;
- 2.** La couverture doit être solidaire et responsable selon les définitions du régime professionnel de santé ;
- 3.** La situation individuelle de tout salarié couvert antérieurement au 1^{er} janvier 2016 doit être comparée aux dispositions du régime professionnel de santé défini par le présent accord.

S'il ne bénéficie pas d'une prestation prévue par le régime professionnel, il faudra inclure celle-ci dans le contrat collectif en prévoyant un financement patronal égal à 50 %.

Les vérifications ci-dessus seront normalement effectuées dans la même forme que celles qui avaient présidé à la mise en place initiale de la couverture, déterminée selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. En présence de délégués syndicaux, elles peuvent donner lieu à une négociation tendant à l'adaptation des couvertures antérieures au vu des dispositions du régime professionnel.

7.8. La mutualisation professionnelle

7.8.1. Organisme recommandé pour la mutualisation professionnelle

L'organisme recommandé pour l'assurance des garanties frais de santé ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties est l'institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale Malakoff Médéric Prévoyance, dont le siège social est à Paris (75009), 21, rue Lafitte.

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.

Toute entreprise est en capacité de souscrire auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, dès le dépôt légal du présent accord, la garantie frais de santé conforme aux prescriptions du régime professionnel de la branche.

Malakoff Médéric Prévoyance est choisi pour gérer, pour les entreprises ayant adhéré auprès d'elle, sur délégation des partenaires sociaux, le fond de solidarité défini à l'article 7.10.2.

7.8.2. 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 de branche, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1^{er} janvier après notification à l'organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont au réexamen des conditions de mutualisation des garanties et à une mise en concurrence au plus tard dans les 5 ans à partir de l'entrée en vigueur du régime professionnel de santé au 1^{er} janvier 2016 du présent accord.

7.8.3. Comptes de résultats et rapport annuel

Chaque année, au plus tard le 31 mai, l'organisme assureur recommandé soumet à l'approbation de la 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.

Une fois les comptes approuvés, la commission paritaire propose aux assureurs l'affectation des éventuels excédents après constitution des provisions et réserves légales et conventionnelles.

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.

Dans son rôle de suivi du régime, la commission paritaire veille notamment à :

- l'application et l'interprétation du présent accord instaurant le régime professionnel de santé ainsi que ses dispositions contractuelles ;
- l'étude de l'évolution de la garantie santé et des conditions de maintiens de celle-ci ;
- l'examen des comptes de résultats et bilan financier produits par l'organisme assureur ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- la négociation avec l'organisme paritaire recommandé notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;
- l'étude pour favoriser l'accès des entreprises adhérentes à la branche professionnelle ;
- l'étude des statistiques demandées à l'organisme recommandé pour la qualité de service et gestion ;
- la décision d'affectation pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche ;
- le pilotage et la définition du degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé mis en œuvre par l'organisme paritaire recommandé ;
- l'éventuelle étude des cas sociaux difficiles.

Pour toutes ces tâches, la commission paritaire peut demander l'aide d'experts financés dans des conditions déterminées contractuellement.

7.9. Degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé

Le régime professionnel de santé prévoit l'obligation de proposer à tous les salariés et ayant droits de la branche professionnelle 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.

7.9.1. 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 programme 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 droits ;
 - 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.

Les partenaires sociaux se réuniront au cours de la 1^{re} année de fonctionnement du régime pour définir le détail de ces actions de solidarité.

7.9.2. Fonds de solidarité

Un fonds de solidarité est financé par un prélèvement de 2 % sur les cotisations hors taxes définies à l'article 7.6 versées par les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord et ayant choisi l'organisme assureur recommandé à l'article 7.8.1.

Il garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel de santé définies par l'article 7.9.1.

Le fonds de solidarité bénéficie aux seules entreprises ayant rejoint l'organisme assureur recommandé à charge, pour les autres entreprises, de veiller au respect des actions de solidarités spécifiques du régime professionnel de santé notamment auprès de leur organisme assureur.

Chaque année, le financement du fonds de solidarité est réexaminé, en fonction des comptes de résultat, sur décision annuelle de la commission paritaire après concertation avec l'organisme assureur recommandé.

Un règlement est établi entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux de la branche afin de permettre notamment :

- la mise à disposition de moyens humains et matériels par l'organisme pour la gestion du fonds mis à disposition de la commission paritaire ;
- de déterminer les modalités notamment les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale librement décidées par les partenaires sociaux de la branche ;
- la réalisation de la politique d'action sociale, de secours et d'entraide auprès des salariés, ayants droit et anciens salariés de la branche et de prévention dans le respect de la solidarité du régime professionnel de santé déterminée à l'article 7.9.

Article 8 | *Congés supplémentaires*

Outre les éventuels jours de congés supplémentaires pouvant résulter de l'application des dispositions de l'article L. 3141-23 du code du travail relatives au fractionnement des congés payés, la durée d'un congé payé normal est augmentée à raison de deux jours ouvrables après vingt ans de service continu dans la même entreprise, de quatre jours après vingt-cinq ans et de six jours après trente.

Pour l'appréciation de ce congé supplémentaire, sont assimilées à des périodes de travail effectif, celles pendant lesquelles l'exécution du contrat de travail a été suspendue, notamment pour cause de maladie, d'accident du travail, de chômage, d'absence autorisée, de mobilisation et de congé maternité.

Article 9 | *Congé supplémentaire pour hospitalisation d'enfants à charge*

Tout salarié ayant plus de 6 mois de présence dans l'entreprise a le droit de bénéficier, en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans dont il assure la charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et sur présentation d'un justificatif, d'une journée de congé par an et par enfant. Cette journée d'absence n'entraînera pas de réduction de la rémunération mensuelle.

Article 10 | *Congés pour événements familiaux*

En vertu des dispositions des articles L. 3142-1 et L. 3142-4 du code du travail, un salarié bénéficie, sur justification, à l'occasion de certains événements, d'une autorisation d'absence exceptionnelle accordée dans les conditions suivantes :

- 1° Sans condition d'ancienneté :
 - quatre jours pour le mariage du salarié ou pour la conclusion d'un pacte civil de solidarité ;

- trois jours pour chaque naissance survenue à son foyer ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ; ces jours d'absence ne peuvent se cumuler avec les congés accordés pour ce même enfant en vertu de l'article L. 3142-1 du code du travail ;
- un jour pour le mariage d'un enfant ;
- trois jours pour le décès d'un conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- douze jours pour le décès d'un enfant ou quatorze jours lorsque l'enfant est âgé de moins de vingt-cinq ans et quel que soit son âge si l'enfant décédé était lui-même parent ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans à sa charge effective et permanente ;
- trois jours pour le décès du père ou de la mère ;
- trois jours pour le décès du beau-père ou de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur ;
- cinq jours pour l'annonce chez un enfant d'un handicap, d'une pathologie chronique nécessitant un apprentissage thérapeutique ou d'un cancer.

2° Après trois mois d'ancienneté dans l'entreprise ou l'établissement :

- présélection militaire : dans la limite de trois jours.

3° Après un an d'ancienneté dans l'entreprise ou l'établissement :

- quatre jours pour le décès du conjoint du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité.

Les jours de congés mentionnés au présent article sont des jours ouvrables.

Ces jours d'absence exceptionnelle devront être pris au moment des événements en cause et n'entraîneront pas de réduction de la rémunération mensuelle. Ils seront assimilés à des jours de travail effectif pour la détermination de la durée du congé annuel.

Article 11 | Durée. Révision. Dénonciation. Publicité de l'accord. Dépôt

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être dénoncé et/ou révisé, conformément à la législation en vigueur.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, le présent accord fera l'objet des formalités de notification, de dépôt et d'extension, auprès des organisations représentatives, des services du ministre chargé du travail et du secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes.

Il entrera en vigueur à la date de son dépôt.

Le présent accord sera communiqué aux entreprises par courrier électronique. Il appartiendra à l'entreprise de le diffuser à l'ensemble de son personnel, et le cas échéant, aux représentants du personnel, selon ses modalités habituelles.

Fait à Paris, le 20 décembre 2023.

(Suivent les signatures.)