

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Accord régional

RÉGIME D'ASSURANCE SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ POUR LES SALARIÉS NON CADRES DES ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX (Nord – Pas-de-Calais) (2 juillet 2009)

(Étendu par arrêté du 13 janvier 2010,
Journal officiel du 23 janvier 2010)

Avenant n° 7 du 8 octobre 2024

NOR : AGRS2597015M

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

Entrepreneurs des territoires du Nord – Pas-de-Calais,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

UPRA CFDT HDF ;

Fédération CFTC Agri ;

FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Afin de se mettre en conformité avec la réglementation (remplacement des références à la CMU-C et à l'ACS par la CSS et suppression de la référence à la sécurité sociale des étudiants) et avec les dispositions du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 sur les catégories objectives dans les contrats collectifs d'assurance santé, les partenaires sociaux ont décidé de modifier le régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord régional du 2 juillet 2009 et ses avenants n° 1 du 21 septembre 2012, n° 2 du 30 juin 2014, n° 3 du 7 septembre 2016 (avenant abrogeant et remplaçant en totalité les termes de l'accord régional du 2 juillet 2009), n° 4 du 1^{er} octobre 2018, n° 5 du 25 octobre 2019, n° 6 du 14 décembre 2023.

Ainsi, les modifications suivantes sont apportées au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord précité.

Article 1^{er}

Le texte de l'article 1^{er} « Champ d'application » est annulé et remplacé comme suit :

« Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 définis à l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Nord – Pas-de-Calais, affiliés au régime agricole de protection sociale.

Dans le champ d'application du présent accord, une entreprise relève du régime d'assurance complémentaire santé dès lors que son siège, défini par rapport aux bâtiments d'exploitation ou au siège social déclaré dans les statuts est situé dans l'une des circonscriptions administratives ci-dessus visées.

Les employeurs relevant actuellement d'une convention ou accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables que celles du présent accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès ;
- de financement minimum de l'employeur. »

Article 2

Le texte de l'article 4.1 « Salariés bénéficiaires » est annulé et remplacé comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent dès le premier jour d'embauche à l'ensemble du personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 définis à l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, relevant du champ d'application du présent accord, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de trois mois.

En sont exclus :

- les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 définis à l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et les personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 bénéficiant du régime complémentaire santé défini dans ladite convention ;
- les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant d'autres dispositions conventionnelles.

En outre, les salariés pourront étendre facultativement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, à leurs ayants droit. »

Article 3

Le texte de l'article 4.2 « Définition des ayants droit » est annulé et remplacé comme suit :

« Les définitions des ayants droit ci-dessous sont applicables :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;

- le cocontractant d'un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.
La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 28 ans, justifiant par tout moyen probant :
 - de la poursuite de leurs études (certificat de scolarité ou carte d'étudiant en cours de validité) ;
 - se trouver sous contrat d'apprentissage, d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail (copie du contrat d'apprentissage, d'alternance ou aidé) et ne pas bénéficier d'une couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - être à la recherche d'un premier emploi à l'issue de ses études ou de son contrat d'apprentissage, d'alternance ou aide, inscrit à France Travail et ne pas être indemnisés ;
 - 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 pour adulte handicapé – AAH – (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés "viabiles" moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du bénéficiaire au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur. »

Article 4

Le texte de l'article 4.3 « Cas de dispense d'affiliation au dispositif frais de santé » est annulé et remplacé comme suit :

« Les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous, ont la possibilité de se dispenser, à leur initiative, de leur obligation d'affiliation prévue par le régime en application des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale :

1° Les salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;

2° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

3° Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :

a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 (complémentaire santé collective et obligatoire [y compris étrangère]) ;

b) Dispositif de garanties prévu 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 ou 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 (mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales) ;

c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats d'assurance de groupe dits "Madelin") ;

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

e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

En outre, peuvent demander une dispense d'affiliation, au titre du régime, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

1° Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

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

3° Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise :

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative, il doit en informer l'employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur. »

Article 5

Le texte de l'article 4.7 « Dispositif versement santé » est annulé et remplacé comme suit :

« Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1^{er} janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les organisations syndicales de salariés et employeurs signataires du présent avenant décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission, tous les deux, d'une durée inférieure ou égale à trois mois, dans les conditions définies ci-après.

■ Objet :

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission, d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. Ces salariés ne seront donc pas affiliés au contrat collectif souscrit par leur employeur.

■ Bénéficiaires :

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission, d'une durée inférieure ou égale à trois mois.

■ Conditions :

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur l'attestation de l'organisme assureur.

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :

- la complémentaire santé solidaire (CSS), prévue par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ; ou
- une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

■ Modalités :

Lors de la conclusion du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l'employeur :

- de l'existence du dispositif versement santé ;
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit remettre à l'employeur l'attestation de l'adhésion à une complémentaire santé responsable.

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé.

Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable dans ce délai, ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

■ Calcul du versement santé :

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel maximum équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel (base 151,67 en 2017).

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS. »

Article 6 | Dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche des exploitations viticoles de la Champagne délimitée. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de cinquante (50) salariés et de cinquante (50) salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme, les partenaires sociaux ayant tenu compte lors de la définition des garanties de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

Article 7 | Entrée en vigueur. Extension

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2025.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant à l'accord du 2 juillet 2009.

Fait à Saint-Laurent-Blangy, le 8 octobre 2024.

(Suivent les signatures.)