Brochure n° 3246 | Convention collective nationale

IDCC : **1518** | **MÉTIERS DE L'ÉDUCATION, DE LA CULTURE, DES LOISIRS ET DE L'ANIMATION AGISSANT POUR L'UTILITÉ SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE (ÉCLAT)**

Avenant n° 212 du 18 juin 2026

relatif à la révision de la convention collective

NOR : *ASET2650825M*

IDCC : *1518*

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

HEXOPÉE ;

MFR,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

FO ;

UNSA,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Dans le cadre d'un accord de fusion du 9 février 2023 étendu, les partenaires sociaux ont procédé au rapprochement des 3 conventions collectives nationales suivantes :

– animation : métiers de l'éducation, de la culture, des loisirs et de l'animation (ÉCLAT) [IDCC 1518] ;

– familles rurales (IDCC 1031) ;

– pêche de loisir et protection du milieu aquatique : structures associatives (IDCC 3203).

Les champs d'application des 3 CCN ont été fusionnés et la CCN ÉCLAT a été définie comme convention collective de rattachement.

Durant une période transitoire de 5 ans, les dispositions de chacune des CCN vont continuer de s'appliquer. Des dispositions communes aux 3 branches pourront toutefois être conclues. Ces dispositions se substitueront aux dispositions de même objet des 3 CCN.

En application des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux de la CCN ÉCLAT élargie ont engagé, en décembre 2025 :

– une procédure de mise en concurrence visant à sélectionner un ou plusieurs organismes recommandés pour la couverture des risques prévoyance et frais de santé au niveau de la branche ;
– une procédure de mise en concurrence visant à sélectionner un ou plusieurs organismes pour la gestion du DES au niveau de la branche.

Ces procédures, conduites avec l'appui d'un conseil indépendant, ont vocation à produire leurs effets à compter du 1er janvier 2027.

C'est ainsi qu'au cours de l'année 2025, les partenaires sociaux des trois familles conventionnelles se sont réunis, avec leurs conseils indépendants respectifs, afin de procéder à un bilan quantitatif et qualitatif des régimes en place.

Ces travaux leur ont permis :

– d'évaluer les garanties existantes, d'apprécier l'adéquation des cotisations afférentes, de définir un régime cible en matière de frais de santé ainsi qu'en matière de prévoyance, d'améliorer les garanties prévoyance et frais de santé dans un souci de maîtrise des coûts. Les partenaires sociaux ont notamment prévu :
  – la prise en charge de l'incapacité permanente professionnelle pour les taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 % ;
  – un renforcement de la protection des enfants à charge, par l'instauration de valeurs plancher pour les rentes éducation ;
  – une amélioration des garanties du régime santé socle conventionnel – notamment sur les postes hospitalisation, dentaire et optique – tout en maintenant la conformité aux exigences du contrat responsable ;
  – une évolution des régimes santé dits « R1 » et « R2 ». Ce dispositif à trois niveaux (socle, R1 et R2) de garanties permet de répondre aux besoins des salariés et des employeurs des trois branches, y compris ceux des CCN nouvellement intégrées ;
  – une innovation majeure du régime santé qui réside dans l'instauration de structures de cotisations distinctes, offrant aux entreprises la faculté de choisir un degré de mutualisation familiale adapté à leur situation :
    – pour les régimes socle et R1, deux structures sont disponibles au choix de l'employeur :
      – structure 1 : salarié à titre obligatoire, enfants et conjoint à titre facultatif (correspondant à la structure actuelle de la CCN ÉCLAT) ;
      – structure 2 : salarié et enfants à titre obligatoire, conjoint à titre facultatif (correspondant à la structure actuelle de la CCN familles rurales) ;
    – pour le régime R2, une troisième structure est également proposée :
      – structure 3 : salarié, enfants et conjoint à titre obligatoire (correspondant à la structure de la CCN pêche de loisirs et protection du milieu aquatique) ;
– d'instaurer, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, tant en prévoyance qu'en frais de santé, des garanties présentant un degré élevé de solidarité (DES), incluant des prestations à caractère non directement contributif ;
– convaincus de l'importance d'une politique active de prévention et d'accompagnement des salariés et des entreprises, les partenaires sociaux ont décidé de poursuivre leur contribution au fonds social de branche, en y abondant des actions spécifiques. Dans le contexte actuel de solidarité réaffirmée, les partenaires sociaux complètent ainsi les actions menées dans le cadre du DES, par des interventions prenant la forme d'aides exceptionnelles, au bénéfice des salariés et entreprises qui participent à la mutualisation du régime de prévoyance et frais de santé.

À l'issue de ces travaux, les partenaires sociaux de la branche ÉCLAT élargie ont décidé de modifier les dispositions conventionnelles relatives au régime de prévoyance complémentaire, au régime complémentaire de frais de santé et au DES et fonds social.

Par ailleurs, les partenaires sociaux de la branche ÉCLAT élargie ont décidé :

– d'appliquer les dispositions prévues à l'article 4.4.2 de la convention collective nationale ÉCLAT relatif au maintien de salaire à l'ensemble des structures rentrant dans le champ d'application de la présente convention collective nationale ÉCLAT, défini à son article 1.1 ;

– de modifier l'article 4.7.9 de la convention collective nationale ÉCLAT.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant.

Article 1er | *Objet de l'avenant*

Le présent avenant a pour objet de :

– modifier l'ensemble des dispositions du titre VIII « Régime de prévoyance obligatoire » et du titre XI « Régime complémentaire de frais de santé » de la convention collective nationale ÉCLAT ;

– modifier l'article 13.1.3 du titre XIII « Degré élevé de solidarité (DES) et fonds social » de la convention collective nationale ÉCLAT, les autres dispositions du titre XIII demeurent inchangées ;

– d'appliquer les dispositions prévues à l'article 4.4.2 de la convention collective nationale ÉCLAT relatif au maintien de salaire à l'ensemble des structures rentrant dans le champ d'application de la présente convention collective nationale ÉCLAT, défini à son article 1.1 ;

– modifier l'article 4.7.9 de la convention collective nationale ÉCLAT.

Article 2 | *Champ d'application de l'avenant*

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des structures rentrant dans le champ d'application de la convention collective nationale ÉCLAT, défini à l'article 1.1 de la présente convention.

Article 3 | *Substitution des dispositions conventionnelles relatives aux régimes de prévoyance et de frais de santé de la branche ÉCLAT (IDCC 1518) à celles relevant de la CCN « Familles rurales » (IDCC 1031) et de la CCN « Structures associatives de pêche de loisir et de protection du milieu aquatique » (IDCC 3203)*

Il est rappelé que, conformément à l'article 4 de l'accord de fusion du 9 février 2023, à compter de son entrée en vigueur, le présent avenant se substitue aux dispositions des CCN de la fédération nationale des associations familles rurales (IDCC 1031) et des structures associatives de pêche de loisir et de protection du milieu aquatique (IDCC 3203) relatives aux régimes de prévoyance et de frais de santé et notamment aux dispositions suivantes :

– l'accord du 25 mai 2018 et son annexe 1 de la CCN « Familles rurales » (IDCC 1031) relatif au régime de prévoyance, dernièrement révisé par l'avenant n° 2 du 20 septembre 2023 ;

– l'accord du 1er avril 2015 de la CCN « Familles rurales » (IDCC 1031) relatif au régime de frais de santé, dernièrement révisé par l'avenant n° 12 du 27 mars 2024 ;

– l'accord du 15 septembre 2015 de la CCN « Pêche de loisir et protection du milieu aquatique : structures associatives »(IDCC 3203) relatif au régime de prévoyance, dernièrement révisé par l'avenant n° 4 du 20 novembre 2024 ;

– l'accord du 15 septembre 2015 et l'avenant n° 5 du 26 octobre 2021 de la CCN « Pêche de loisir et protection du milieu aquatique : structures associatives » (IDCC 3203) relatif au régime de frais de santé, dernièrement révisé par l'avenant n° 5 du 26 octobre 2021.

Article 4 | *Stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés*

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Les dispositions du présent avenant visent à assurer une couverture « prévoyance » et « frais de santé » à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, quelle que soit la taille des structures qui les emploient.

Article 5 | *Modification du titre VIII « Régime de prévoyance obligatoire »*

Le présent article modifie et remplace le titre VIII « Régime de prévoyance obligatoire » de la convention collective nationale ÉCLAT qui est désormais rédigé comme suit :

« Titre VIII Régime de prévoyance obligatoire

Préambule

Les garanties instituées en application du présent accord revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés bénéficiaires, relevant de la convention collective nationale ÉCLAT.

Enfin, les partenaires sociaux réaffirment leur attachement au principe de mutualisation et invitent l'ensemble des structures relevant du champ d'application de la branche à adhérer à l'un des organismes recommandés.

Article 8.1 | *Bénéficiaires*

Le régime de prévoyance, qui vient en complément des règles des organismes de la sécurité sociale, et tel que prévu dans les conditions stipulées dans les articles ci-après, bénéficie à l'ensemble des salariés, quelle que soit la nature de leur contrat de travail et sans condition d'ancienneté, comme ci-après définis :

– les salariés cadres relevant de l'article 2.1 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, ainsi que les salariés relevant de l'article 2.2 et ceux "intégrés" à la catégorie des "cadres" au titre de l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale tels que définis ci-après ;

– les salariés dits "non-cadres", à savoir ceux ne relevant pas de l'article 2.1, ainsi que les salariés ne relevant pas de l'article 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, et ceux non "intégrés" à la catégorie des "cadres" au titre de l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale tels que définis ci-après.

Par salariés relevant de l'article 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, ci-après dénommés salariés dits "article 2.2", il convient d'entendre les salariés agents de maîtrise relevant du niveau IV échelon 3 selon la classification conventionnelle issue de la convention collective nationale des structures associatives de pêche de loisir et de protection du milieu aquatique (IDCC 3203), dont le champ d'application a été fusionné par accord en date du 9 février 2023 mais dont les dispositions relatives à la classification demeurent actuellement applicables en vertu de l'article L. 2161-33 du code du travail, et tels que déterminés par la commission partitaire de l'APEC dans le cadre d'un agrément du 24 avril 2024.

Par salariés intégrés à la catégorie objective des cadres au titre de l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale, ci-après dénommés salariés dits "intégrés", il convient d'entendre les salariés classés niveaux IV, échelon 2 pour les seuls personnels assurant la gestion courante et le suivi d'une exploitation piscicole selon la classification conventionnelle issue de la convention collective nationale des structures

associatives (IDCC 3203), dont le champ d'application a été fusionné par accord en date du 9 février 2023 mais dont les dispositions relatives à la classification demeurent actuellement applicables en vertu de l'article L. 2161-33 du code du travail. Cette catégorie est reprise de l'avenant n° 3 du 6 mars 2024 à l'accord collectif du 15 septembre 2015 relatif à la prévoyance complémentaire de la convention collective nationale des structures associatives de pêche de loisir et protection du milieu aquatique, telle que validée par la commission paritaire de l'APEC dans le cadre d'un agrément en date du 24 avril 2024, et que le présent accord vient substituer.

L'obligation résultant de la signature du présent accord, s'impose dans les relations individuelles de travail ; les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations au titre du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur pour la mise en œuvre de la couverture de prévoyance complémentaire définie ci-après. Ce précompte est expressément mentionné sur le bulletin de salaire du salarié.

Il est précisé que pour les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées (ou durée d'immatriculation) pour être indemnisés par la sécurité sociale, la garantie incapacité temporaire-invalidité intégrera une reconstitution des droits de la sécurité sociale sans cependant se substituer à cette dernière.

Article 8.2 | *Garantie décès, invalidité permanente et absolue*[1]

Article 8.2.1 | Capital décès

En cas de décès du salarié, quelle qu'en soit la cause, il est versé en une seule fois un capital décès égal à :

– pour les salariés non cadres, 100 % du salaire annuel de référence ;
– pour les salariés cadres, 300 % du salaire annuel de référence sur la tranche 1 et 100 % du salaire annuel de référence sur la tranche 2, dans la limite de 4 plafonds annuels de la sécurité sociale.

En cas de reconnaissance par la sécurité sociale d'une invalidité permanente et absolue (IPA) le capital décès défini ci-avant peut être versé au salarié par anticipation, sur sa demande. Ce versement par anticipation met fin à la garantie en cas de décès du salarié.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est défini à l'article 8.6.

Article 8.2.2 | Allocations d'obsèques

Il est instauré dans le cadre de ce régime une évolution de la garantie "allocations d'obsèques".

Ainsi, en cas de décès du salarié, une allocation forfaitaire plafonnée est versée pour un montant défini comme suit :

allocation forfaitaire d'un montant égal à 100 % du PMSS.

Cette allocation est versée sur présentation de la facture, à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques, dans la limite des frais engagés.

[1] L'invalidité permanente et absolue (ou IPA) correspond à une invalidité de 3e catégorie reconnue par la sécurité sociale, laquelle ouvre droit au versement de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) par la sécurité sociale. Pour les salariés ne remplissant pas les conditions pour y ouvrir droit par la sécurité sociale, en raison de cotisations ou d'heures cotisées insuffisantes, l'invalidité de 3e catégorie est déterminée par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant du salarié selon les barèmes utilisés par la sécurité sociale. L'IPA est précisée pour chacune des garanties qui la prenne en compte pour déclencher la prestation.

Article 8.2.3 | Rente éducation

En cas de décès du salarié, ou d'invalidité permanente et absolue (IPA), il sera versé au profit de chaque enfant à charge, une rente dont le montant annuel est égal à :

– 12 % du salaire annuel de référence (avec un minimum de 3 000 € par an [*]) versé jusqu'au 18e anniversaire sans condition ;

– 15 % du salaire annuel de référence versé (avec un minimum de 3 700 € par an [*]) du 18e jusqu'au 26e anniversaire s'il justifie être à charge au sens de l'article 8.7.1.

Cette rente est également versée, à hauteur de 15 % du salaire annuel de référence (avec un minimum de 3 700 € [*]), à chaque enfant à charge et sans limite d'âge, en cas d'invalidité reconnue avant le 21e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation adulte handicapé ou qu'il est titulaire de la carte d'invalide civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité".

[*] Les montants plancher mentionnés ci-dessus sont fixés, pour la période du 1er janvier 2027 au 31 décembre 2031, aux valeurs suivantes :

– 3 000 € par an pour la tranche versée jusqu'au 18e anniversaire ;

– 3 700 € par an pour la tranche versée entre le 18e et le 26e anniversaire, ou sans limite d'âge dans les conditions susmentionnées.

Ces montants constituent des garanties minimales et ne peuvent être révisés à la baisse durant cette période. Ils feront l'objet d'un réexamen par les partenaires sociaux avant le terme de cette échéance, dans le cadre de la révision des garanties de branche.

En cas de reconnaissance par la sécurité sociale d'une invalidité permanente et absolue (IPA), la rente éducation définie ci-avant peut être versée par anticipation, sur demande du salarié. Ce versement par anticipation met fin à la présente garantie en cas de décès du salarié.

Quelle que soit la situation visée dans les précédents alinéas, il est prévu qu'en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, cette rente éducation soit doublée.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est défini à l'article 8.6.

Article 8.2.4 | Rente survie handicap

En cas de décès du salarié et en présence d'un enfant reconnu handicapé et à charge, une prestation viagère est versée sous la forme d'une rente survie mensuelle d'un montant égal à :

350 euros, par enfant reconnu handicapé et à charge.

Sont bénéficiaires de la garantie rente handicap, le ou les enfants à charge du salarié au moment du décès, reconnu(s) handicapé(s) au sens de l'article 8.7.2.

Article 8.3 | *Garantie incapacité temporaire*

En cas d'arrêt de travail d'un salarié, consécutif à une maladie ou un accident, pris en charge au titre de l'assurance maladie (articles L. 323-1 et suivants du code de la sécurité sociale) ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (articles L. 433-1 et suivants du code de la sécurité sociale), ou en présence d'un arrêt de travail pour maladie ou accident d'un salarié non indemnisé par la sécurité sociale car ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie et après avis du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, il sera versé au salarié une prestation brute dont le montant annuel, y compris les indemnités

journalières de la sécurité sociale brutes de CSG et CRDS (reconstituées de manière théorique pour les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être indemnisés par la sécurité sociale ou cotisant sur une base forfaitaire de sécurité sociale) et l'éventuel maintien de salaire ou revenu de remplacement versé par l'employeur, est égal à :

– pour les salariés cadres : 87 % du salaire brut de référence ;

– pour les salariés non cadres : 79 % du salaire brut de référence.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est défini à l'article 8.6.

En tout état de cause, le cumul des sommes reçues au titre de la sécurité sociale (prestations brutes de CSG-CRDS de la sécurité sociale, reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations de la sécurité sociale), du régime de prévoyance ainsi que de tout autre revenu (notamment salaire temps partiel, indemnités de chômage ou un quelconque revenu de substitution), ne pourra conduire l'intéressé à percevoir une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle.

Les prestations sont servies à l'issue d'une franchise globale de 90 jours d'arrêt de travail discontinu ou non.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail reconnues et indemnisées ou non par la sécurité sociale, et prises en charge ou non par le présent régime, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale de 90 jours le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

À l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires sont versées même si la sécurité sociale ne verse pas elle-même ses prestations (lorsque l'arrêt n'ouvre pas droit à prise en charge pour les salariés ne remplissant pas les conditions requises pour y ouvrir droit ou lorsqu'il est fait application du délai de carence de trois jours). Dans ce cas, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations brutes versées par la sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Les prestations cessent à la date de survenance de l'un des évènements suivants à savoir :

– lors de la reprise du travail ;

– lors de la mise en invalidité par la sécurité sociale, ou sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur pour les salariés n'y ouvrant pas droit ;

– à la liquidation de la pension vieillesse servie par le régime général de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi retraite selon la règlementation en vigueur) ;

– au décès du salarié.

En tout état de cause, les prestations ne peuvent continuer à être servies par l'organisme assureur au-delà du 1 095e jour d'arrêt de travail ou en cas de cessation du versement par la sécurité sociale des indemnités journalières (ou sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur pour les salariés n'y ouvrant pas droit).

Article 8.4 | *Maintien de salaires pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations de la sécurité sociale*

Article 8.4.1 | Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les salariés en arrêt de travail, pour cause de maladie ou d'accident de la vie courante ou pour cause de congés maternité ou d'adoption :

– dès lors qu'ils n'ouvrent pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé ou durée d'immatriculation insuffisants) ;
– mais qui remplissent les conditions pour bénéficier du maintien de salaire par l'employeur au titre de la convention collective nationale de la branche ÉCLAT.

Article 8.4.2 | Indemnisation

Lorsque les conditions visées à l'article 8.4.1 sont remplies et sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, il sera versé à l'employeur une indemnité dont le montant annuel est égal à :

50 % du salaire brut de référence, pendant la durée d'indemnisation définie ci-après.

Il est précisé que les durées d'indemnisation varient suivant la nature de l'arrêt :

– en cas d'arrêt pour maladie ou accident de la vie courante du salarié prescrit médicalement, présenté à la sécurité sociale et non pris en charge pour indemnisation du régime général car ne répondant pas aux conditions de cotisations ou d'heures exigées par la sécurité sociale, la prestation est versée par l'organisme assureur à compter du 4e jour d'arrêt de travail et ce jusqu'au 90e jour sur présentation des pièces exigées (prescription originale, refus d'indemnisation originale du régime d'assurance maladie) et éventuel contrôle du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur. Conformément aux règles spécifiques du régime de sécurité sociale local d'Alsace-Moselle, du fait de l'absence de délai de carence, les indemnisations prévues dans le présent alinéa sont versées dès le 1er jour d'absence pour les salariés ressortissants du régime local ;
– en cas de congé lié à la maternité de la salariée prescrit médicalement ainsi qu'en cas de congé d'adoption, présenté à la sécurité sociale et non pris en charge pour indemnisation du régime général car ne répondant pas aux conditions de cotisations ou d'heures (ou d'immatriculation) exigées par la sécurité sociale, la prestation est versée à compter du 1er jour d'arrêt de travail et ce jusqu'au 112e jour.

Dans le cas du congé de maternité, cette durée est portée :

– à 182 jours, si la salariée attend un enfant et a déjà au moins deux enfants à charge ;
– à 238 jours, si la salariée attend des jumeaux ;
– à 322 jours, si la salariée attend des triplés ou plus.

Le salaire de référence est défini à l'article 8.6.

Dans tous les cas, il sera tenu compte des jours indemnisés au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail de telle sorte que la durée totale indemnisée ne dépasse pas celle citée dans le présent article.

Les prestations cessent également à la date de survenance de l'un des évènements suivants, à savoir :

– lors de la reprise du travail ;
– sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur lorsque les conditions ne sont plus remplies pour bénéficier des présentes prestations ;
– à la liquidation de la pension vieillesse servie par le régime général de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi retraite selon la règlementation en vigueur) ;

– au décès du salarié.

En aucun cas, le cumul de prestations (du régime de prévoyance, d'un éventuel salaire de l'employeur et d'un quelconque revenu de substitution) ne peut conduire à verser plus que la rémunération nette que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler.

Article 8.5 | *Garantie invalidité et incapacité permanente professionnelle*

En cas d'invalidité d'un salarié reconnue par la sécurité sociale ou, pour les salariés non indemnisés par la sécurité sociale car ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie et après accord du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, ou en cas d'infirmité permanente professionnelle (IPP) au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles égale ou supérieure à 33 %, il sera versé par l'organisme assureur une rente dont le montant annuel est fixé en fonction du niveau d'invalidité ou d'IPP attribué, comme suit :

– au titre d'une classification en 2e ou 3e catégorie, ou d'une IPP égale ou supérieure à 66 % : 84 % du salaire brut de référence ;

– au titre d'une classification en 1re catégorie : 50,4 % du salaire brut de référence ou d'une IPP avec un taux d'incapacité (N) compris entre 33 et moins de 66 % : (84 % × 3 N) / 2 du salaire brut de référence.

Les montants ci-dessus s'entendent y compris la prestation de la sécurité sociale, brute de prélèvements sociaux (CSG, CRDS et CASA) reconstituée de manière théorique pour les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être indemnisés par la sécurité sociale ou cotisant sur une base forfaitaire de sécurité sociale, ainsi que de tout autre revenu.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est défini à l'article 8.6.

En tout état de cause, le cumul des sommes reçues au titre de la sécurité sociale, du régime de prévoyance ainsi que de tout autre revenu (notamment salaire temps partiel, indemnités de chômage ou un quelconque revenu de substitution [1]), ne pourra conduire l'intéressé à percevoir une rémunération nette supérieure à la rémunération de base qui existait à la date de l'arrêt de travail, et revalorisée selon les conditions fixées par l'organisme assureur.

Le service des prestations par l'organisme assureur cesse à la date de survenance de l'un des évènements suivants :

– cessation du versement par la sécurité sociale des rentes ;

– prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la sécurité sociale ;

– au décès du salarié.

Par ailleurs, le service des prestations cesse dès lors que le salarié indemnisé ne justifie plus d'un état d'invalidité/incapacité permanente professionnelle au sens du présent article, notamment en cas de contrôle médical, à l'initiative du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur.

[1] Le complément de prestation accordé par la sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans le calcul.

Article 8.6 | *Salaires de référence et revalorisations*

Article 8.6.1 | Salaire de référence. Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont fixées en pourcentage de la rémunération annuelle brute versée au salarié, dans la limite des tranches de rémunération définies ci-après :

– tranche 1 : partie de la rémunération de référence au plus égale au plafond annuel de la sécurité sociale ;

– tranche 2 : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la sécurité sociale et 4 fois celui-ci.

La rémunération, le revenu de remplacement ou les éléments de salaire retenus sont ceux entrant dans l'assiette de calcul des cotisations de sécurité sociale ou ceux entrant dans cette assiette mais bénéficiant d'un régime d'exonération de cotisations de sécurité sociale. Sont notamment pris en compte dans l'assiette des cotisations, le 13e mois le cas échéant, la prime de vacances et d'ancienneté, l'indemnité de préavis, les gratifications et les indemnités d'activité partielle légales complétées le cas échéant par l'employeur.

Toutefois, ne sont pas pris en compte dans l'assiette des cotisations, les avantages en nature et les revenus du capital (notamment stock-options), ainsi que les sommes versées à titre exceptionnel lors de la cessation du contrat de travail (notamment les indemnités de licenciement, l'indemnité compensatrice de congés payés, l'indemnité de fin de contrat à durée déterminée, l'indemnité de départ à la retraite à l'initiative du salarié ou l'indemnité de non-concurrence).

Pour les cas de maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail tels que visés à l'article 8.10.1 et sauf dispositions dérogatoires précisées ci-dessous (exonération), l'assiette des cotisations à retenir est le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Par ailleurs, l'entreprise est exonérée du paiement de la cotisation au titre des salariés (part salariale et patronale) qui, à la date d'échéance de la cotisation, se trouvent en arrêt de travail pour maladie ou accident pris en charge par la sécurité sociale et quelle qu'en soit l'origine, depuis une période de 180 jours continus, sous réserve qu'ils ne perçoivent plus de rémunération (hors indemnités journalières ou rentes d'invalidité versées au titre du régime de prévoyance).

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet du salarié, la cotisation étant due sur la base du salaire versé par l'employeur.

Article 8.6.2 | Salaire de référence. Assiette de calcul des prestations

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut, sauf exception portée au titre des garanties exprimées de manière forfaitaire et en euro.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des salariés, soumises à cotisations de prévoyance et déclarées au cours des 12 mois précédant l'événement générateur de garantie, dans la limite de quatre fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale, selon les tranches définies comme suit :

– tranche 1 : partie de la rémunération de référence au plus égale au plafond annuel de la sécurité sociale ;

– tranche 2 : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la sécurité sociale et 4 fois celui-ci.

Plus particulièrement, le salaire de référence est déterminé comme suit :

Pour le décès et la rente éducation : il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, définies ci-avant, au cours des douze mois civils précédant le décès, ou l'arrêt de travail si une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue.

Pour le maintien de salaire : il est égal à la moyenne des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, définies ci-avant, au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-avant est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations prévoyance.

Pour l'incapacité/invalidité : il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, définies ci-avant, au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail.

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'événement n'est pas complète pour les autres garanties que le maintien de salaire, la rémunération de référence servant de base au calcul des prestations est reconstituée au *pro rata temporis*, comme s'il avait travaillé.

Article 8.6.3 | Revalorisations

Article 8.6.3.1 | *Revalorisation des salaires de références*

La revalorisation du salaire de référence servant à l'ouverture des prestations est fixée en fonction d'un taux décidé annuellement par la CPPNI en accord avec les organismes recommandés et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la branche et des résultats financiers des co-recommandés.

Cette revalorisation intervient lorsqu'une période d'arrêt de travail a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA), ainsi que la reconnaissance de l'invalidité/incapacité permanente professionnelle.

En cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité antérieure à l'année civile précédant le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA), le salaire annuel de référence pour le calcul de la rente éducation est revalorisé en fonction du taux fixé par le conseil d'administration de l'organisme assureur des garanties de rente éducation.

Article 8.6.3.2 | *Revalorisation des prestations*

Les prestations périodiques (indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle) en cours de service sont revalorisées en fonction d'un indice décidé annuellement par la CPPNI en accord avec les assureurs co-recommandés et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la branche et des résultats financiers des co-recommandés.

Les rentes éducation et les rentes de survie handicap en cours de service sont revalorisées annuellement en référence au taux fixé par le conseil d'administration de l'organisme assureur de ces garanties.

Article 8.6.3.3 | *Revalorisation spécifique des prestations au titre de la "Loi Eckert"*

À compter de la date du décès ouvrant droit aux prestations, et jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au versement desdites prestations, et au plus tard, jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations des sommes non

réclamées par le(s) bénéficiaire(s), il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevée des deux taux suivants :

– soit la moyenne au cours des 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
– soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est également applicable postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Article 8.7 | *Définition du conjoint et des enfants à charge au titre des garanties décès du salarié*

Article 8.7.1 | Rente éducation

Pour le bénéfice des prestations de rente éducation :

Par conjoint, il faut entendre :

– la personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif, exerçant ou non une activité professionnelle ;
– le partenaire lié par 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 ;
– la 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.

Et par enfants à charge, il faut entendre :

– les enfants à naître, nés viables, recueillis (soit les enfants de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité) du salarié décédé (ou en invalidité permanente et absolue) qui ont vécu au foyer jusqu'au moment de son décès (ou de l'invalidité permanente et absolue) et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire ;
– sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès (ou de l'invalidité permanente et absolue) du salarié, les enfants dont la filiation avec le salarié, y compris adoptive, est légalement établie :
– jusqu'à leur 18e anniversaire sans condition ;
– jusqu'à leur 26e anniversaire s'ils justifient :
  – de la poursuite de leurs études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (centre national d'enseignement à distance) ;
  – d'être en apprentissage ou de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes, associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;

– d'être préalablement, à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeur d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
– d'être employés dans un ESAT (établissement et service d'accompagnement par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé ;

– quel que soit leur âge, en cas d'invalidité reconnue avant le 21e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation adulte handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalide civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité".

Article 8.7.2 | Rente survie handicap

Pour le bénéfice de la rente handicap, par enfant handicapé, il faut entendre l'enfant dont la filiation avec le salarié, y compris adoptive, est légalement établie, atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 *septies* 1° du code général des impôts. Pour justifier du handicap, l'enfant doit notamment être reconnu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) comme étant en situation de handicap à charge du salarié ou de son conjoint, à la date du décès du salarié.

Article 8.8 | *Taux de cotisations*

Pour financer l'ensemble des garanties prévues par les articles ci-dessus, les taux de cotisations sont les suivants à compter du 1er janvier 2027 :

Article 8.8.1 | Salariés non cadres

	Taux prévoyance		Total
	Non cadres T1/T2 [*]		
	Salarié	Employeur	
Décès ou IPA	0,03 %	0,08 %	0,11 %
Frais obsèques	0,01 %	–	0,01 %
Rente éducation	0,02 %	0,07 %	0,09 %
Rente survie handicap	–	0,01 %	0,01 %
Maintien de salaire	–	0,02 %	0,02 %
Incapacité	0,32 %	0,02 %	0,34 %
Invalidité/IPP	0,19 %	0,37 %	0,56 %
Sous total (salarié et employeur)	**0,57 %**	**0,57 %**	**1,14 %**

Article 8.8.2 | Salariés cadres

	Taux prévoyance			
	Cadres T1		Cadres T2 [*]	
	Part salariale T1	Part employeur T1	Part salariale T2	Part employeur T2
Décès ou IPA	–	0,66 %	0,03 %	0,08 %
Frais obsèques	0,01 %	–	–	0,01 %

	Taux prévoyance			
	Cadres T1		Cadres T2 [*]	
	Part salariale T1	Part employeur T1	Part salariale T2	Part employeur T2
Rente éducation	–	0,09 %	0,02 %	0,07 %
Rente survie handicap	–	0,01 %	–	0,01 %
Maintien de salaire	–	0,02 %	–	0,02 %
Incapacité	–	0,36 %	0,36 %	–
Invalidité/IPP	–	0,39 %	0,16 %	0,38 %
Sous total (salarié et employeur)	0,01 %	1,53 %	0,57 %	0,57 %
	Total tranche 1 : 1,54 %		Total tranche 2 : 1,14 %	

Les cotisations ci-dessus définies sont fixées selon les conditions suivantes, dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, à compter du 1er janvier 2027 et jusqu'au 31 décembre 2028 [1] (à législation et réglementation constante).

[*] T2 : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la sécurité sociale et 4 fois celui-ci.

[1] À cette échéance, les taux pourront être reconduits ou révisés en fonction notamment des résultats de la mutualisation des contrats des entreprises adhérentes au présent régime.

Article 8.9 | *Portabilité*

Article 8.9.1 | Principe

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime de cette couverture (à l'exclusion de la garantie maintien de salaire du personnel n'ouvrant pas droit aux prestations sécurité sociale), 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 :

1° 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire que les salariés bénéficient, à la date de cessation de leur contrat de travail, du régime conventionnel de prévoyance ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, en cas de modification ou de révision des garanties des salariés, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;

4° Le maintien des garanties au titre de l'incapacité 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 ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article. Il fournit notamment à l'organisme assureur un justificatif de l'ouverture de ses droits à indemnisation chômage, et s'engage à informer l'organisme assureur dès lors qu'il ne bénéficie plus d'aucune indemnisation ou prise en charge par le régime d'assurance chômage ;

6° L'employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail dans les 30 jours de ladite cessation ;

7° Le salaire de référence pour le calcul des prestations est celui défini à l'article 8.6.2 (à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail). La période prise en compte pour le calcul du salaire de référence est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

Le maintien des droits suppose que le contrat ou l'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur ne soit pas résilié sauf dans les cas visés à l'article 8.9.2.

Article 8.9.2 | Cas des salariés confrontés à une situation de redressement, liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde

Le contrat de l'organisme assureur subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise adhérente et les salariés de l'entreprise bénéficient de la portabilité dans les mêmes conditions que celles prévues, par le droit commun et les dispositions conventionnelles.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du code de commerce en matière de redressement judiciaire ou de sauvegarde, et à l'article L. 641-11-1 du code de commerce en matière de liquidation judiciaire. Dans ce cas, le bénéfice de la portabilité est maintenu aux anciens salariés de structures ayant fait l'objet d'une procédure collective.

Article 8.10 | *Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail*

Article 8.10.1 | Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties du régime complémentaire de prévoyance sont maintenues obligatoirement, au profit des salariés, en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

– d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
– ou de prestations en espèces de la sécurité sociale et/ou de prestations complémentaires en application du présent régime de prévoyance ;
– ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
  – d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits ;
  – ainsi que de toute période de congé rémunérée par l'employeur (reclassement, mobilité…).

Dans une telle hypothèse, l'employeur versera la même contribution calculée comme pour les salariés actifs, pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié continuera à s'acquitter de sa propre part de

cotisation. Ces modalités de financement s'appliquent, sauf cas de dispense de cotisation (exonération) défini à l'article 8.6.1.

Article 8.10.2 | Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail du salarié dans des cas autres que ceux visés à l'article 8.10.1, les garanties du salarié sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

– congé sabbatique ;

– congé pour création d'entreprise ;

– congé parental d'éducation interrompant totalement l'activité ;

– congé de présence parentale interrompant totalement l'activité ;

– périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;

– congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;

– congé du proche aidant ou de solidarité familiale,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les évènements (décès ou arrêts de travail…) survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge.

Article 8.11 | *Organismes assureurs recommandés du régime prévoyance de la branche ÉCLAT*

Article 8.11.1 | Nom des organismes assureurs recommandés

Il est rappelé que les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale ÉCLAT ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des garanties au moins équivalentes aux dispositions du présent régime.

Pour ce faire, les partenaires sociaux recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale et, conformément après une procédure de recommandation d'appel d'offres telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, auprès des organismes assureurs ci-après mentionnés :

Pour les garanties maintien de salaire, incapacité, invalidité et capital décès/invalidité permanente et absolue ou frais d'obsèques :

– AESIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 627 391 et dont le siège social est situé 173, rue de Bercy, 75012 Paris ;

– AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, membre d'AG2R La Mondiale et du GIE AG2R, immatriculée sous le numéro SIREN 333 232 270 et dont le siège social est situé 14-16, boulevard Malesherbes, 75008 Paris ;

– APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 321 862 500 et dont le siège social est situé 51, boulevard Marius-Vivier-Merle, 69003 Lyon ;

– MUTEX, entreprise régie par le code des assurance, immatriculée au RCS Nanterre, immatriculée sous le numéro SIREN 529 219 040 et dont le siège social est situé 140, avenue de la République, CS 30007, 92327 Châtillon Cedex ;
– MALAKOFF Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 691 181 et dont le siège social est situé 21, rue Laffitte, 75009 Paris ;

Pour la rente éducation définie à l'article 8.2.3 et pour la rente survie handicap définie à l'article 8.2.4 de la convention collective :

– OCIRP, union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 788 334 720 et dont le siège social est situé au 17, rue de Marignan, CS 50003, 75008 Paris ;
– OCIRP VIE, société anonyme au capital de 26 192 964 euros, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 339 688 608, entreprise régie par le code des assurances et dont le siège social est situé, 17, rue de Marignan, 75008 Paris.

Les entreprises qui utilisent le dispositif soit du chèque emploi associatif (CEA), soit du titre emploi entreprise (TTE), soit du chèque emploi pour les très petites entreprises (CETPE), soit du titre emploi service entreprise (TESE) ne sont pas dispensées des formalités et obligations propres au régime de prévoyance et de ces garanties pour les salariés. Elles doivent obligatoirement contacter un organisme afin de compléter un formulaire d'adhésion, et porter à la connaissance de son assureur le nombre de salariés couverts par le présent régime.

Les organismes recommandés proposent aux structures un contrat d'assurance unique de référence négocié par les partenaires sociaux et conforme aux obligations déterminées dans le présent accord. Ces organismes ne peuvent par ailleurs refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective.

Toute entreprise qui ne serait pas assurée par l'un des assureurs susvisés devra veiller à ce que son contrat d'assurance prévoie des garanties au moins équivalentes à celles prévues par le présent régime pour une contribution salariale au moins aussi favorable.

Les résultats techniques et financiers sont mutualisés entre ces organismes recommandés. À cet effet, un protocole technique et financier est conclu avec les organismes assureurs co-recommandés et l'un des organismes co-recommandés est choisi pour la durée de la recommandation afin d'effectuer l'apérition technique.

Article 8.11.2 | Réexamen des conditions d'organisation de la mutualisation

Le principe et les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale dans un délai de 5 ans à compter du 1er janvier 2027, soit pour le 1er janvier 2032. À cette fin, les parties signataires se réuniront spécialement au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Article 8.12 | *Revalorisation des prestations en cours de service en cas de changement d'organisme assureur*

Les parties signataires rappellent qu'en application de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur, les prestations dues au titre de l'incapacité de travail, l'invalidité en cours de service et des rentes éducation ou de survie handicap seront maintenues à leur niveau atteint à la date de résiliation par les organismes assureurs antérieurs, sauf dispositions contraires prévues par ces derniers.

Les nouveaux organismes assureurs prendront en charge, le cas échéant, les revalorisations futures, ainsi que, si nécessaire, la revalorisation des bases de calcul des prestations décès.

Article 8.13 | *Degré élevé de solidarité prévoyance (DES prévoyance)*

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la branche ÉCLAT instaure par cet avenant, des garanties prévoyance présentant un degré élevé de solidarité, qui comprennent à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, ceci dans le prolongement de l'avenant n° 190 du 8 février 2022 créant un titre XIII "Degré élevé de solidarité (DES) et fonds social" relatif à la mise en œuvre du fonds social relatif au haut degré de solidarité des régimes de prévoyance et de santé afin d'organiser leur politique d'action sociale, de prévention et de solidarité.

Un prélèvement annuel de 2 % des primes brutes des régimes conventionnels d'assurance collective est affecté aux prestations à caractère non directement contributif, conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Conformément à l'avenant n° 190 du 8 février 2022 qui précise notamment le mode de gestion du DES, à l'issue des auditions des organismes recommandés, en prévoyance, et après échanges, les partenaires sociaux de la branche ÉCLAT ont unanimement retenu, en application du dernier alinéa de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, comme organisme gestionnaire unique de ces politiques de solidarité relatif à la prévoyance l'organisme suivant :

l'OCIRP, (organisme commun des institutions de rente et de prévoyance), union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale ayant son siège social 17, rue de Marignan, 75008 Paris.

Pour plus d'information se reporter au titre XIII "Degré élevé de solidarité (DES) et fonds social." »

Article 6 | *Modification du titre XI « Régime complémentaire de frais de santé »*

Le présent article modifie et remplace le titre XI « Régime complémentaire de frais de santé » qui est désormais rédigé comme suit :

« Titre XI Régime complémentaire de frais de santé

Les garanties instituées en application du présent accord revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés bénéficiaires, relevant de la convention collective nationale ÉCLAT.

Enfin, les partenaires sociaux réaffirment leur attachement au principe de mutualisation et invitent l'ensemble des structures relevant du champ d'application de la branche à adhérer à l'un des organismes recommandés.

Article 11.1 | *Bénéficiaires du régime*

Sont bénéficiaires :

– à titre obligatoire, tous les salariés des entreprises relevant de la convention collective nationale ÉCLAT, affiliés au régime général ou au régime agricole ou au régime Alsace-Moselle de la sécurité sociale ou au régime local agricole ;

– à titre facultatif ou obligatoire en fonction de la structure de cotisation retenue : les ayants droit du salarié affilié [1].

[1] Voir définition article 11.1.2.

Ainsi, à partir de la structure de cotisation 2, la couverture obligatoire s'étend comme suit :

– dans le cadre de la structure de cotisation 2 : "salarié + enfants obligatoires/conjoint facultatif", aux enfants à charge du salarié [1] ;

– le cas échéant, dans le cadre de la structure 3 : "famille obligatoire", aux enfants à charge et/ou au conjoint du salarié [2].

Article 11.1.1 | Le salarié à titre obligatoire

Le régime frais de santé bénéficie à titre collectif à l'ensemble des salariés de la branche ÉCLAT, titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat en alternance, et ce dès leur embauche.

L'adhésion des salariés à ce régime est obligatoire, sauf cas de dispenses prévus par le présent avenant et par les dispositions légales et réglementaires.

L'obligation résulte du présent avenant et s'impose dans les relations individuelles de travail ; les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations au titre du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur pour la mise en œuvre du régime frais de santé.

Dans le cas où l'entreprise souscrit uniquement aux garanties de base définies ci-après, les salariés se voient offrir la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à l'une des options supplémentaires facultatives (R1 ou R2).

Par ailleurs, les salariés peuvent faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de couverture qu'eux-mêmes sous réserve du paiement des cotisations, dans les conditions fixées à l'article 11.5.4 du présent avenant.

Article 11.1.2 | La définition des ayants droit

Par conjoint, il faut entendre :

– la personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif, exerçant ou non une activité professionnelle ;

– le partenaire lié par 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 ;

– la 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.

Par enfants à charge, il faut entendre les enfants à charge du salarié à naître, nés viables, recueillis (soit les enfants de l'ex-conjoint éventuel) ou de son conjoint (tel que défini ci-avant), ainsi que les enfants dont la filiation avec le salarié, y compris adoptive est légalement établie :

– jusqu'à leur 18e anniversaire (ou dès ses 16 ans si l'enfant a demandé la qualité d'ayant droit autonome auprès de la CPAM de son domicile) ;

– jusqu'à leur 26e anniversaire, s'ils justifient de la poursuite de leurs études (secondaire, supérieure ou auprès du CNED) ou sont stagiaires de la formation professionnelle, ou sont en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou sont

[1] [2] Voir définition article 11.1.2.

à la recherche d'un premier emploi et inscrits à France Travail ; ou sont employés dans un ESAT[1] ou atelier protégé comme travailleur handicapé ;

– quel que soit leur âge, les enfants reconnus par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) comme en situation de handicap à charge du salarié ou de son conjoint avant leur 21e anniversaire ;

– et toute autre personne majeure à charge d'un assuré ou de son conjoint avant la réforme dite de protection universelle maladie (PUMA), continuant de bénéficier du remboursement des frais de santé, comme ayant droit sécurité sociale et n'ayant pas demandé son affiliation au régime obligatoire de base en tant qu'assuré social.

Article 11.2 | *Dispense d'adhésion au régime frais de santé*

Conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, l'obligation d'affiliation des salariés s'entend sous réserve des cas de dispenses tels que définis ci-après :

Dispenses dites de plein droit (à la condition que le salarié exprime sa volonté d'en bénéficier), tel que définies aux articles L. 911-7, D. 911-2 et D. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Dispenses particulières

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

Les salariés souhaitant être dispensés d'affiliation à leur embauche ou lors de la mise en place du régime selon l'un des cas précisés ci-avant (de droit ou spécifique) devront formuler par écrit, auprès de leur employeur, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis, et en particulier le justificatif d'une couverture complémentaire santé respectant les contrats responsables. À défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Pour les apprentis, salariés en CDD et intérimaires titulaires d'un contrat de travail de moins de 12 mois, sans avoir à justifier d'une couverture individuelle par ailleurs.

L'employeur doit pouvoir justifier expressément, lorsque cela est prévue par la loi ou les textes réglementaires, des dérogations au caractère obligatoire, permettant aux salariés de ne pas adhérer au régime frais de santé mis en place dans l'entreprise. Dans le cas contraire, si la dispense d'affiliation à un régime obligatoire et collectif ne peut être justifiée, le financement audit régime ne peut plus être exclu de l'assiette de cotisations sociales.

Article 11.3 | *Maintien des garanties*

Article 11.3.1 | Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

a) Suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice du régime complémentaire santé est maintenu au profit des salariés et, le cas échéant, des ayants droit en cas de suspension de leur contrat de travail donnant lieu à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou à indemnisation au titre de

[1] Établissement et service d'aide par le travail.

la prévoyance complémentaire (indemnités journalières complémentaires, rente invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que celles applicables aux salariés actifs. L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette contribution suivra les mêmes évolutions que celle des actifs, le cas échéant.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de la cotisation, l'employeur opérant le précompte de cette part de cotisation à la charge du salarié sur la rémunération maintenue.

b) Autres cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail du salarié dans des cas autres que ceux visés à l'article 11.3.1.*a*, les garanties du salarié et de ses éventuels ayants droit couverts à titre obligatoire ou facultatif sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

– congé sabbatique ;
– congé pour création d'entreprise ;
– congé parental d'éducation interrompant totalement l'activité ;
– congé de présence parentale interrompant totalement l'activité ;
– périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
– congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;
– congé du proche aidant ou de solidarité familiale, et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation ou rémunération.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération ni à indemnisation complémentaire de l'employeur financée au moins pour partie par ce dernier. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent accord.

Les salariés pourront toutefois demander le maintien de leurs garanties pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation correspondante en totalité (part patronale et part salariale).

Le montant de la cotisation, dans ce cas, est identique à celle prévue pour les salariés actifs (et les éventuels ayants droit) ; elle suivra les mêmes évolutions ou indexation, le cas échéant. Cette cotisation est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur tant que dure la suspension du contrat de travail tel que définie au présent article.

Article 11.3.2 | Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

a) Maintien de la garantie au titre de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés garantis collectivement de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité,

d'un maintien du régime complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

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

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entier le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le maintien des garanties s'effectue sur la base des garanties base et/ou options souscrites pour lui-même et ses éventuels ayants droit avant la rupture de son contrat de travail.

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

Si des salariés se trouvent confrontés à un licenciement à la suite d'une situation de liquidation judiciaire, le bénéfice de la portabilité des garanties est maintenu auxdits salariés de l'entreprise ayant fait l'objet d'une telle liquidation.

b) Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Évin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite "loi Évin", la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur dans le cadre d'un nouveau contrat intitulé "Régime d'accueil" ou "Droit de suite" :

– au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient et à la condition d'avoir été affilié au régime en tant qu'actifs ;
– au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès du salarié inscrit au régime en tant qu'actifs.

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

Les modalités d'articulation du dispositif de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et du dispositif de maintien dit "loi Évin" sont précisées dans le cadre du contrat de garanties collectives.

Article 11.4 | Garanties couvertes

Le régime frais de santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, est joint en annexe du présent avenant.

Il est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables ou à toute autre évolution de la réglementation ayant un impact sur la prise en charge des garanties frais de santé, pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent avenant. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord entre la commission nationale paritaire de négociation et les organismes assureurs recommandés.

Toute entreprise qui ne serait pas assurée par l'un des assureurs susvisés devra veiller à ce que son contrat d'assurance prévoie des garanties au moins équivalentes, acte par acte, à celles prévues par le présent régime pour une contribution salariale au moins aussi favorable.

Article 11.5 | *Financement*

Article 11.5.1 | Structures de la cotisation

a) Structure 1 "salarié seul obligatoire"

Elle s'établit au titre du contrat souscrit par l'employeur, sur la base :

– d'une cotisation à titre obligatoire pour le salarié seul, sauf cas de dispenses ;

– complétée par des cotisations facultatives d'une part pour le ou les ayants droit éventuellement affiliés et d'autre part pour les niveaux optionnels venant compléter les garanties du régime obligatoire retenu par l'entreprise.

b) Structure 2 "Salarié + enfants obligatoires"

Elle s'établit au titre du contrat souscrit par l'employeur, sur la base :

– d'une cotisation à titre obligatoire pour le salarié et ses éventuels enfants à charge, sauf cas de dispenses ;

– complétée par des cotisations facultatives d'une part pour le conjoint éventuellement affilié et d'autre part pour les niveaux optionnels venant compléter les garanties du régime obligatoire retenu par l'entreprise.

c) Structure 3 "Famille obligatoire"

Proposée uniquement dans le cadre du contrat de niveau R2, la cotisation est obligatoire pour le salarié et ses ayants droit, sauf cas de dispenses.

Article 11.5.2 | Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Article 11.5.3 | Taux et répartition des cotisations

La cotisation obligatoire, telle que définie à l'article 11.5.1, est financée à part égale pour 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur selon le niveau socle, ou niveau R1 ou niveau R2 souscrit par l'entreprise, à titre obligatoire.

La cotisation additionnelle servant au financement de la couverture facultative des ayants droit et/ou des options supplémentaires facultatives, ainsi que les éventuelles évolutions ultérieures de celles-ci, sont à la charge exclusive du salarié.

Les cotisations obligatoire ou facultatives ci-dessus définies sont fixées selon les conditions suivantes, dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, à compter du 1er janvier 2027.

Structure 1

Régime général

En % PMSS	Régime socle salarié Base conventionnelle (& extensions facultatives salarié/ayants droit)			Régime R1 (socle + option 1 réunis) Si choix du R1 obligatoire par l'entreprise & extensions facultatives		Régime R2 (socle + option 2 réunis) Si choix du R2 obligatoire par l'entreprise & extensions ayants droit facultatives
	Socle obligatoire (salarié)	+ Option 1 facultative (en complément du socle)	+ Option 2 facultative (en complément du socle)	R1 obligatoire (salarié)	+ Option 2 facultative (en complément du R1)	R2 obligatoire (salarié)
Salarié (facultatif)	1,07 %	0,73 %	1,25 %	1,65 %	0,52 %	2,07 %
+ Conjoint (facultatif)	1,26 %	0,82 %	1,39 %	1,93 %	0,59 %	2,42 %
+ Enfant [*] (facultatif)	0,80 %	0,38 %	0,69 %	1,11 %	0,32 %	1,39 %
[*] Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant.						

Régime local (Alsace-Moselle)

En % PMSS	Régime socle salarié Base conventionnelle (& extensions facultatives salarié/ayants droit)			Régime R1 (socle + option 1 réunis) Si choix du R1 obligatoire par l'entreprise & extensions facultatives		Régime R2 (socle + option 2 réunis) Si choix du R2 obligatoire par l'entreprise & extensions ayants droit facultatives
	Socle obligatoire (salarié)	+ Option 1 facultative (en complément du socle)	+ Option 2 facultative (en complément du socle)	R1 obligatoire (salarié)	+ Option 2 facultative (en complément du R1)	R2 obligatoire (salarié)
Salarié (facultatif)	0,48 %	0,73 %	1,25 %	1,07 %	0,52 %	1,45 %
+ Conjoint (facultatif)	0,57 %	0,82 %	1,39 %	1,25 %	0,59 %	1,69 %
+ Enfant [*] (facultatif)	0,36 %	0,38 %	0,69 %	0,72 %	0,32 %	0,97 %
[*] Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant.						

Structure 2

Régime général

En % PMSS	Régime socle Base conventionnelle (& extensions facultatives salarié + enfants/conjoint)			Régime R1 (socle + option 1 réunis) Si choix du R1 obligatoire par l'entreprise & extensions facultatives		Régime R2 (socle + option 2 réunis) Si choix du R2 obligatoire par l'entreprise & extensions facultatives
	Socle obligatoire (salarié + enfants)	+ Option 1 facultative (en complément du socle)	+ Option 2 facultative (en complément du socle)	R1 obligatoire (salarié)	+ Option 2 facultative (en complément du R1)	R2 obligatoire (salarié)
Salarié + enfants (facultatif)	1,55 %	1,10 %	2,00 %	2,48 %	0,83 %	3,31 %
+ Conjoint (facultatif)	1,26 %	0,82 %	1,39 %	1,93 %	0,59 %	2,42 %

Régime local (Alsace-Moselle)

En % PMSS	Régime socle Base conventionnelle (& extensions facultatives salarié + enfants/conjoint)			Régime R1 (socle + option 1 réunis) Si choix du R1 obligatoire par l'entreprise & extensions facultatives		Régime R2 (socle + option 2 réunis) Si choix du R2 obligatoire par l'entreprise & extensions facultatives
	Socle obligatoire (salarié + enfants)	+ Option 1 facultative (en complément du socle)	+ Option 2 facultative (en complément du socle)	R1 obligatoire (salarié + enfants)	+ Option 2 facultative (en complément du R1)	R2 obligatoire (salarié + enfants)
Salarié + enfants (facultatif)	0,70 %	1,10 %	2,00 %	1,61 %	0,83 %	2,32 %
+ Conjoint (facultatif)	0,57 %	0,82 %	1,39 %	1,25 %	0,59 %	1,69 %

Structure 3

Régime général

En % PMSS	Régime R2
Salarié + enfants conjoint	3,85 %

Régime local (Alsace-Moselle)

En % PMSS	Régime R2
Salarié + enfants conjoint	2,70 %

Régime MSA

En % PMSS	Régime R2
Salarié + enfants conjoint	3,61 %

Régime MSA local (Alsace-Moselle)

En % PMSS	Régime R2
Salarié + enfants conjoint	2,53 %

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié telle que souscrite par l'entreprise, cette participation ne pouvant être inférieure à un montant au moins égal à 0,535 % du PMSS.

Article 11.5.4 | Articulation des régimes socle et optionnel et des cotisations afférentes

En complément du régime socle, il est mis en place à titre non obligatoire dans la branche, 2 régimes optionnels qui viennent compléter ce régime de base dit "Socle obligatoire".

Chaque employeur a le choix de souscrire pour l'affiliation obligatoire des salariés, en lieu et place du régime socle, le régime dit R1 (équivalent au socle complété de l'option 1) ou le régime R2 (équivalent au socle complété de l'option 2). En fonction du choix opéré par l'employeur, ce dernier devra faire adhérer obligatoirement l'ensemble de ses salariés au régime obligatoire (socle ou R1 ou R2) souscrit. L'employeur prend alors à sa charge *a minima* 50 % de la cotisation obligatoire R1 ou R2.

En cas de choix du régime dit R1 ou dit R2 dans le cadre d'une adhésion obligatoire, les employeurs devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

L'employeur a la possibilité de faire évoluer les garanties souscrites au moment de son adhésion, en souscrivant à l'une des options ou en modifiant à la hausse ou à la baisse l'option souscrite. Toute demande de souscription vaut pour un exercice et doit

être adressée à l'organisme recommandé avant le 31 octobre de l'année en cours pour une prise d'effet au 1er janvier de l'exercice de l'année suivante.

Le salarié a également la possibilité de faire progresser sa couverture par une adhésion facultative à l'une des options supérieures (1 ou 2), selon le choix souscrit par l'employeur et de faire bénéficier ses ayants droit desdites options, par une affiliation aux mêmes garanties que celles qu'il a lui-même choisies. Le choix du niveau de l'option retenu par le salarié s'imposera ainsi de fait à ses ayants droit.

Les cotisations des options facultatives s'additionnent alors aux cotisations du socle obligatoire ou du R1 obligatoire. Dans le cas où le salarié y souscrit volontairement, il assumera individuellement à 100 % la ou les cotisations du régime optionnel pour lui et éventuellement ses ayants droit, sans remise en cause de la participation à 50 % de l'employeur sur le régime obligatoire souscrit pour l'ensemble des salariés par l'entreprise.

Le salarié pourra modifier son choix d'options facultatives comme suit :

– à la hausse, au 1er janvier de l'année qui suit sa demande ;

– à la hausse ou à la baisse, en cas de changement de situation de famille (naissance, mariage ou Pacs, divorce ou décès du conjoint), cette modification prenant effet au 1er jour du mois suivant sa demande écrite ;

– à la baisse après une durée de 2 ans d'adhésion dans le niveau de garanties précédent, avec prise d'effet au 1er janvier qui suit sa demande.

À titre exceptionnel, lors de la mise en place du nouveau régime à effet du 1er janvier 2027, le salarié affilié antérieurement pourra souscrire à l'option supérieure à effet du 1er janvier 2027 ; et le salarié ayant souscrit antérieurement à l'option 2, pourra exceptionnellement modifier son niveau optionnel de garanties option 2 à la baisse vers l'option 1, à effet au plus tard du 1er avril 2027.

Les options et régimes supplémentaires figurent en annexes.

Article 11.6 | *Organismes assureurs recommandés du régime frais de santé de la branche ÉCLAT*

Article 11.6.1 | Nom des organismes assureurs recommandés

Il est rappelé que les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale ÉCLAT ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des garanties au moins équivalentes aux dispositions du présent régime, sauf cas de dispenses prévus à l'article 11.2 du présent texte.

Pour ce faire, les partenaires sociaux recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale et, conformément après une procédure de recommandation d'appel d'offres telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, auprès des organismes assureurs ci-après mentionnés :

Pour les garanties frais de santé :

– AESIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 627 391 et dont le siège social est situé 173, rue de Bercy, 75012 Paris ;

– AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, membre d'AG2R La Mondiale et du GIE AG2R, immatriculée sous le numéro SIREN 333 232 270 et dont le siège social est situé 14-16, boulevard Malesherbes, 75008 Paris ;

– APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 321 862 500 et dont le siège social est situé 51, boulevard Marius-Vivier-Merle, 69003 Lyon ;
– Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 538 518 473 et dont le siège social est situé 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
– MALAKOFF Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 691 181 et dont le siège social est situé 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

Les organismes recommandés proposent aux structures un contrat d'assurance unique de référence négocié par les partenaires sociaux et conforme aux obligations déterminées dans le présent accord. Ces organismes ne peuvent par ailleurs refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective.

Les entreprises qui utilisent le dispositif soit du chèque emploi associatif (CEA), soit du titre emploi entreprise (TTE), soit du chèque emploi pour les très petites entreprises (CETPE), soit du titre emploi service entreprise (TESE) ne sont pas dispensées des formalités et obligations propres au régime frais de santé et de ces garanties pour les salariés. Elles doivent obligatoirement contacter un organisme afin de compléter un formulaire d'adhésion, et porter à la connaissance de son assureur le nombre de salariés couverts par le présent régime.

Toute entreprise qui ne serait pas assurée par l'un des assureurs susvisés devra veiller à ce que son contrat d'assurance prévoie des garanties au moins équivalentes à celles prévues par le présent régime pour une contribution salariale au moins aussi favorable.

Les résultats techniques et financiers sont mutualisés entre ces organismes recommandés. À cet effet, un protocole technique et financier est conclu avec les organismes assureurs co-recommandés et l'un des organismes co-recommandés est choisi pour la durée de la recommandation pour effectuer l'apérition technique.

Article 11.6.2 | Réexamen des conditions d'organisation de la mutualisation

Le principe et les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale dans un délai de 5 ans à compter du 1er janvier 2027, soit pour le 1er janvier 2032. À cette fin, les parties signataires se réuniront spécialement au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Article 11.7 | *Degré élevé de solidarité frais de santé (DES frais de santé)*

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la branche ÉCLAT a instauré par le présent avenant, des garanties frais de santé présentant un degré élevé de solidarité, qui comprennent à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, ceci dans le prolongement de l'avenant n° 190 du 8 février 2022 créant un titre XIII "Degré élevé de solidarité (DES) et fonds social" relatif à la mise en œuvre du fonds social relatif au haut degré de solidarité des régimes de prévoyance et de santé afin d'organiser leur politique d'action sociale, de prévention et de solidarité.

Un prélèvement annuel de 2 % des primes des régimes conventionnels d'assurance collective est affecté aux prestations à caractère non directement contributif, conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Conformément à l'avenant n° 190 du 8 février 2022 qui précise notamment le mode de gestion du DES, à l'issue des auditions des organismes recommandés,

en prévoyance, et après échanges, les partenaires sociaux de la branche ÉCLAT ont unanimement retenu, en application du dernier alinéa de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, comme organisme gestionnaire unique de ces politiques de solidarité relatif à la prévoyance l'organisme suivant :

l'OCIRP, (organisme commun des institutions de rente et de prévoyance), union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale ayant son siège social 17, rue de Marignan, 75008 Paris.

Pour plus d'information, se reporter au titre XIII "Degré élevé de solidarité (DES) et fonds social." »

Article 7 | *Modification de l'article 13.1.3 du titre XIII « Degré élevé de solidarité (DES) et fonds social »*

Le présent article modifie l'article 13.1.3 « Choix, renouvellement ou changement de gestionnaire » du titre XIII qui est désormais rédigé comme suit :

« Compte tenu de la spécificité réglementaire de fonctionnement du degré élevé de solidarité que présentent les accords de branche assortis d'une clause de recommandation, il a été décidé par les partenaires sociaux d'auditionner les organismes recommandés, en santé et en prévoyance, pour permettre à la branche de déterminer définitivement son choix de gestion de ses politiques paritaires de solidarité en cohérence avec les premières orientations retenues dans les accords et avenants préexistants.

Il est rappelé que c'est à l'issue de ces auditions et conformément à la signature de l'avenant n° 212 du 18 juin 2026 relatif au régime de prévoyance et frais de santé que les partenaires sociaux ont retenu, en vue d'un renouvellement, comme organisme gestionnaire unique de ses politiques de solidarité l'organisme suivant : l'OCIRP.

Il est entendu que le mandat de gestion est d'une durée déterminée qui ne pourra pas avoir une durée supérieure à celle des recommandations négociées au niveau de la branche. Au jour de la signature du présent avenant, et sauf modification, les recommandations, tant pour le régime de santé que pour le régime de prévoyance, prennent fin au 31 décembre 2031, qui serait donc la fin du mandat actuel. À chaque échéance du mandat, il est convenu que la branche se positionnera paritairement pour un renouvellement ou un changement de gestionnaire. Il sera procédé à l'audition des organismes assureurs recommandés pour apprécier l'opportunité d'un renouvellement ou d'un changement. »

Article 8 | *Arrêt maladie, accident du travail, accident du trajet ou maladie professionnelle*

À compter de l'entrée en vigueur du présent avenant, les dispositions prévues à l'article 4.4.2 de la convention collective nationale ÉCLAT relatif au maintien de salaire s'applique à l'ensemble des structures rentrant dans le champ d'application de la présente convention collective nationale ÉCLAT, défini à son article 1.1.

Article 9 | *Arrêt maladie pour les salariés en CDII*

Le présent article modifie l'article 4.7.9 de la CCN ÉCLAT qui est désormais rédigé comme suit :

« En cas de maladie dûment justifiée, le salarié sous contrat de travail à durée indéterminée intermittent ayant 6 mois d'ancienneté à la date de l'absence et ayant effectué en temps utile auprès de la caisse de sécurité sociale les formalités qui

lui incombent perçoit pendant 90 jours le salaire qu'il aurait perçu s'il avait travaillé pendant cette période, et ce quels que soient ses droits au regard des indemnités journalières de sécurité sociale. En contrepartie, ces indemnités journalières de sécurité sociale seront perçues par l'employeur. »

Article 10 | *Entrée en vigueur*

Le présent avenant entre en vigueur au 1er janvier 2027.

Article 11 | *Dispositions diverses*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions légales ainsi que d'une demande d'extension.

Article 12 | *Révision, dénonciation*

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales.

Fait à Paris, le 18 juin 2026.

(Suivent les signatures.)

Annexe Tableau des garanties santé CCN ÉCLAT (IDCC 1518)

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS Y COMPRIS AMO		
	Socle	Régime 1 (R1) Socle + Option 1	Régime 2 (R2) Socle + Option 2 Ou R1 + Option 1
HOSPITALISATION			
Honoraires, actes et soins			
• Médecins signataires D.P.T.M.*	220% B.R.*	250% B.R.	330% B.R.
• Médecins non signataires D.P.T.M.	200% B.R.	200% B.R.	200% B.R.
Participation du patient	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Séjours			
• Frais de séjour en secteur conventionné	200% B.R.	200% B.R.	300% B.R.
• Frais de séjour en secteur non conventionné	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
• Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait patient urgences	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Chambre particulière avec nuitée en secteur conventionné	1,5% PMSS / J*	1,75% PMSS / J	2% PMSS / J
• Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) en secteur conventionné	0,5% PMSS / J	1% PMSS / J	1% PMSS / J
• Frais d'accompagnement en secteur conventionné pour un enfant de moins de 12 ans	0,5% PMSS / J	1% PMSS / J	1% PMSS / J
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations, visites des médecins généralistes			
• Médecins signataires D.P.T.M.	120% B.R.	120% B.R.	125% B.R.
• Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	100% B.R.	105% B.R.
Consultations, visites des médecins spécialistes			
• Médecins signataires D.P.T.M.	170% B.R.	220% B.R.	220% B.R.
• Médecins non signataires D.P.T.M.	150% B.R.	200% B.R.	200% B.R.
Sages-femmes	120% B.R.	120% B.R.	125% B.R.
Honoraires paramédicaux			
• Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Autres honoraires			
• Psychologues adhérents au dispositif Mon Soutien Psy (12 séances par an)	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Analyses et examens de laboratoire	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Actes d'imagerie			
• Médecins signataires D.P.T.M. ou non signataires	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Ostéodensitométrie			
• Médecins signataires et non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
• Ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O	-	25 €	25 €
Actes techniques médicaux et de chirurgie			
• Médecins signataires D.P.T.M.	120% B.R.	145% B.R.	220% B.R.
• Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	125% B.R.	200% B.R.
Participation du patient	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
PHARMACIE			
Médicaments			
• Médicaments à Service Médical Rendu important	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
• Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
• Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
• Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non remboursés par l'A.M.O	2% P.M.S.S	2% P.M.S.S	2% P.M.S.S

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS Y COMPRIS AMO		
	Socle	Régime 1 (R1) Socle + Option 1	Régime 2 (R2) Socle + Option 2 Ou R1 + Option 1
DIVERS			
Matériel médical			
• Accessoires, appareillages, orthopédie	100% B.R.	200% B.R.	300% B.R.
• Forfait petit appareillage (hors auditif et optique) prescrit et inscrit sur la LPP, avec reste à charge (forfait par année civile et par bénéficiaire)	25 €	35 €	50 €
Fauteuils roulants 100% santé (tels que définis règlementairement)			
• Fauteuils roulants : achat neuf et location longue durée	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
• Fauteuils roulants en location courte durée	Frais Réels dans la limite des PLV	Frais Réels dans la limite des PLV	Frais Réels dans la limite des PLV
Prothèses capillaires 100% santé (telles que définies règlementairement) Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.			
• Prothèses capillaires Classe 1	100% B.R	100% B.R	100% B.R
• Prothèses capillaires Classe 2	Frais Réels dans la limite des PLV	Frais Réels dans la limite des PLV	Frais Réels dans la limite des PLV
Prothèses capillaires hors 100% santé			
• Prothèses capillaires Classe 3	100% B.R.	200% B.R.	250% B.R.
• Prothèses capillaires Classe 4	100% B.R.	200% B.R.	250% B.R.
Prothèses mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	150% B.R.	200% B.R.
Transports			
• Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Autres prestations			
• Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement	100% B.R. A/B	100% B.R + 5% P.M.S.S A/B	100% B.R + 7% P.M.S.S A/B
• Arrêt du tabac prescrit non remboursé par l'A.M.O	1,5 % P.M.S.S	2 % P.M.S.S	4 % P.M.S.S
• Vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O	1 % P.M.S.S	2 % P.M.S.S	2 % P.M.S.S
• Maternité	-	-	500 €
Médecines non remboursées par l'A.M.O : Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrit au répertoire ADELI.			
• Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, psychologues, psychomotriciens	35 € x 2 séances/ A*/ B*	35 € x 3 séances/ A / B	35 € x 5 séances/ A / B
• Diététiciens	25 € x 2 séances/ A/ B	25 € x 2 séances/ A/ B	25 € x 2 séances/ A/ B
DENTAIRE			
Soins actes et consultations	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	200% B.R.	250% B.R.	300% B.R.
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) - Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.			
• Prothèses	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prothèses hors 100% santé - Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé *Pour les prothèses (couronnes, bridges et inter de bridge / couronnes sur implant / prothèses dentaires amovibles ou fixes / réparation sur prothèses) hors 100% santé, remboursement limité à **3 prothèses définitives par année civile et par bénéficiaire pour les paniers libre et maitrisé**. Au-delà de ce plafond, le remboursement total (A.M.O.+ A.M.C.) s'élève à 125% B.R.*			
Panier à honoraires maitrisés			
• Inlays onlays	125% B.R.	150% B.R.	300% B.R.
• Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles sur implants et bridges) sur dents visibles(1)	275% B.R.	350% B.R.	450% B.R.
• Prothèses dentaires (dont prothèses sur implants) sur dents non visibles(2)	200% B.R.	250% B.R.	270% B.R.
• Inlays cores	150% B.R.	175% B.R.	200% B.R.
Panier à honoraires libres Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé			
• Inlays onlays	125% B.R.	150% B.R.	300% B.R.
• Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles sur implants et bridges) sur dent visibles	275% B.R.	350% B.R.	450% B.R.
• Prothèses dentaires (dont prothèses sur implants) sur dents non visibles	200% B.R.	250% B.R.	270% B.R.
• Inlays cores	150% B.R.	175% B.R.	200% B.R.
Autres actes			
• Parodontologie remboursée par l'A.M.O	150% B.R.	150% B.R.	150% B.R.
• Implants (limité à 2 par an et bénéficiaire)	5,6% P.M.S.S.	7% P.M.S.S.	10,5% P.M.S.S
• Piliers implantaires (limité à 2 par an et bénéficiaire)	2,4%P.M.S.S	3% P.M.S.S.	4,5% P.M.S.S.
• Désobturation endodontique (max 2 actes tous les 3 ans /bénéficiaire)	2% P.M.S.S.	2,5% P.M.S.S.	2,5% P.M.S.S.
• Prothèses non remboursées par la SS (bridges fixes)	-	-	300 € par acte

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS Y COMPRIS AMO Socle	Régime 1 (R1) Socle + Option 1	Régime 2 (R2) Socle + Option 2 Ou R1 + Option 1
OPTIQUE			
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale). / 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.			
Équipements 100% santé – Classe A (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis			
• Monture	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV
• Verres : tous types de correction	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV
• Prestations d'appairage	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV
Équipements hors 100% santé – Classe B – Tarifs libres (verres et/ou monture)			
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins			
• Monture	80 €	100 €	100 €
• Verre simple *	40 €	100 €	110 €
• Verre complexe **	150 €	170 €	220 €
• Verre très complexe ***	180 €	250€	330 €
Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins			
• Monture	60 €	85 €	100 €
• Verre simple *	40 €	90 €	100 €
• Verre complexe **	130 €	150 €	190 €
• Verre très complexe ***	180 €	250 €	330 €
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Lentilles			
• Lentilles remboursées par l'A.M.O.	100% B.R + 3% P.M.S.S A/B	100% B.R + 3% P.M.S.S A/B	100% B.R + 5% P.M.S.S A/B
• Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	-	3% PMSS A/B	5% PMSS A/B
Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.	10% P.M.S.S A/B et par œil	22% PMSS A/B et par œil	35% PMSS A/B et par œil

AIDES AUDITIVES			
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date			
Équipements 100% santé - Classe I (tels que définis réglementairement) **- Soumis à des prix limites de vente** Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.			
• Aides auditives	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Dans la limite de 1 700€ par appareil et par bénéficiaire y compris remboursement de l'A.M.O.			
• Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité (âge apprécié à la date des soins.)	100% B.R oreille/A/B	150% B.R oreille/A/B	150% B.R + 25% P.M.S.S oreille/A/B
• Aides auditives plus de 20 ans (âge apprécié à la date des soins.)	100% B.R oreille/A/B	150% B.R oreille/A/B	150% B.R + 25% P.M.S.S oreille/A/B
Accessoires, entretien, piles, réparations	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
SERVICE PLUS			
Actes de prévention	OUI	OUI	OUI

***A.M.O.** = Assurance Maladie Obligatoire / **D.P.T.M. =** 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. / **BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale / **A** = année civile / **B** = bénéficiaire / **J** = jour / **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale