

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 19 février 2015 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (JORF n° 0050 du 28 février 2015)

NOR : AFSA1504966A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-6 et R. 314-197 à R. 314-200 ;
Vu les avis de la Commission nationale d'agrément, mentionnée à l'article R. 314-198, en date du 29 janvier 2015 ;
Vu les notifications en date du 10 février 2015,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Sont agréés, sous réserve de l'application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur, à compter de la date prévue dans le texte ou, à défaut, de la date de publication du présent arrêté au *Journal officiel* de la République française, les accords collectifs de travail et décisions suivants :

I. – *Branche de l'aide à domicile*

Avenant n° 18/2014 du 29 octobre 2014 à la convention collective de branche relatif au régime de maintien de salaire et de prévoyance.

II. – *Convention collective du 26 août 1965 (UNISSS)
(94227 Charenton-le-Pont)*

Avenant n° 09-2014 du 30 juin 2014 relatif à la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé.

III. – *Convention collective de la Croix-Rouge française
(75014 Paris)*

PV de désaccord du 5 décembre 2014 relatif à la valeur du point, la prime LMD et la prime bas salaires.

IV. – *Association pour la réadaptation et l'épanouissement des handicapées (APREH)
06480 La Colle-sur-Loup*

Accord collectif d'entreprise du 18 décembre 2013 relatif à la GPEC.

V. – *Association des familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés
des Bouches-du-Rhône (AFTC)
3090 Aix-en-Provence*

Accord collectif d'entreprise du 10 juin 2013 relatif à l'aménagement du temps de travail.

VI. – *Association pour le travail, l'accueil, les soins des personnes handicapées et âgées (ATASH)
17370 Saint-Trojan-les-Bains*

Accord collectif d'entreprise du 13 août 2013 relatif à la majoration de 110 à 220 heures du contingent d'heures supplémentaires.

VII. – *Association Croix Marine Corrèze*
(19000 Tulle)

Accord d'entreprise du 19 décembre 2013 relatif à la NAO 2013.

VIII. – *Fondation John BOST*
(24130 La Force)

1. Accord d'entreprise du 19 décembre 2013 relatif à la mise en place de la subrogation au temps partiel thérapeutique.

2. Accord d'entreprise du 30 septembre 2014 relatif à la définition de la période de référence.

IX. – *Association Résilience occitane*
(31432 Toulouse)

Accord collectif d'entreprise du 27 juin 2014 relatif au contrat de génération.

X. – *Association de maintien et de soin à domicile de la Haute-Gironde (AMSAD)*
(33920 Saint-Savin)

Accord d'entreprise du 31 mars 2014. – Accord d'adaptation.

XI. – *Association des Œuvres girondines de protection de l'enfance (AOGPE)*
(33305 Lormont)

Engagement unilatéral du 10 février 2014 relatif à la NAO 2013.

XII. – *ADAPEI d'Ille-et-Vilaine*
(35046 Rennes)

Accord collectif d'entreprise du 25 octobre 2013 relatif au contrat de génération.

XIII. – *Association Handicap Anjou*
(49000 Angers)

Accord d'entreprise du 19 juin 2014 relatif à l'harmonisation du statut collectif de l'ensemble du personnel de l'association par passage de la convention collective du 31 novembre 1951 à la convention collective du 15 mars 1966.

XIV. – *AEIM-ADAPEI*
(54600 Villers-lès-Nancy)

Accord collectif d'entreprise du 22 janvier 2013 relatif à la GPEC.

XV. – *EHPAD Les Molènes*
(68490 Bantzenheim)

Accord d'entreprise du 24 juin 2014 relatif à la mise en place d'un régime de prévoyance.

XVI. – *Association hospitalière Les Vergers*
(90110 Rougemont-le-Château)

Accord d'entreprise du 10 juillet 2014 et avenant du 4 décembre 2014 relatifs à la mise en place d'une couverture complémentaire frais de santé.

XVII. – *Association ADEF Résidences*
(94207 Ivry-sur-Seine)

PV de désaccord du 19 septembre 2014 relatif à la NAO (valeur du point, tickets restaurants et mesure concernant les infirmières).

XVIII. – *Association entraide, travail accompagnement insertion (ETAI)*
(94272 Le Kremlin-Bicêtre)

Accord collectif d'entreprise du 3 juillet 2014 relatif au contrat de génération.

Art. 2. – Ne sont pas agréés les accords collectifs de travail et décisions suivants :

I. – *Convention collective du 26 août 1965 (UNISSS)
(94227 Charenton-le-Pont)*

Avenant n° 08-2014 du 19 septembre 2014 relatif à la modification de l'article 23 (sujétions particulières), de la CCN du travail des secteurs sanitaire social et médico-social du 26 août 1965, et création d'un nouvel article 20.4 relatif aux astreintes.

II. – *ADSEA 04
(04000 Digne-les-Bains)*

Accord collectif d'entreprise du 9 septembre 2013 relatif à l'annualisation du temps de travail et JRTT.

III. – *UDAF des Bouches-du-Rhône
(13000 Marseille)*

Accord collectif d'entreprise du 23 septembre 2014 relatif à l'aménagement du temps de travail (repos compensateurs).

IV. – *Association Sainte-Agnès
(38950 Saint-Martin-le-Vinoux)*

Accord d'entreprise du 1^{er} juillet 2014 relatif à l'aménagement du temps de travail.

V. – *Association Handicap Anjou
(49000 Angers)*

Accord d'entreprise du 19 juin 2014 relatif au travail de nuit.

VI. – *Fondation protestante SONNENHOF
(67242 Bischwiller)*

Accord collectif d'entreprise du 20 décembre 2013 relatif au contrat de génération.

VII. – *Association régionale spécialisée d'action sociale, éducation et animation (ARSEA)
(67029 Strasbourg)*

Accord collectif d'entreprise du 27 mai 2014.

VIII. – *EHPAD Les Molènes
(68490 Bantzenheim)*

Accord d'entreprise du 24 juin 2014 relatif à la mise en place d'une couverture complémentaire frais de santé.

IX. – *UDAF du Var
(83000 Toulon)*

1. Accord collectif d'entreprise du 23 septembre 2014 relatif à l'aménagement du temps de travail (repos compensateurs).

2. Accord collectif d'entreprise du 23 septembre 2014 relatif à la mise en place de titres restaurant.

Art. 3. – La directrice générale de la cohésion sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 février 2015.

Pour la ministre et par délégation :
*La cheffe de service,
adjointe à la directrice générale
de la cohésion sociale,*
V. MAGNANT

Nota. – Le texte des accords cités à l'article 1^{er} (I, II et III) ci-dessus sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités n° 02/15, disponible sur les sites intranet et Internet du ministère de la santé et des sports.

AVENANT N° 18/2014 À LA CONVENTION COLLECTIVE DE LA BRANCHE DE L'AIDE,
DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES À DOMICILE (BAD)

Les parties signataires du présent avenant ont décidé des dispositions suivantes:

Article 1^{er}

Le présent avenant modifie les dispositions suivantes du Titre VII de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement des soins et des services à domicile sont remplacées par les dispositions suivantes:

« Article 1^{er}. – Conformément aux dispositions légales et notamment l'article L.1226-1 du code du travail, la garantie maintien de salaire est à la charge de l'employeur.

Dans un esprit de coresponsabilité de gestion du régime de prévoyance, les partenaires sociaux ouvriront la négociation sur la généralisation de la subrogation au cours du premier semestre 2015. La conclusion de cette négociation devra intervenir avant la fin de l'année 2015.

Article 1.3

Délai de carence

3 jours en maladie ou accident de la vie courante.

0 jour en accident du travail ou maladie professionnelle.

Article 1.4

Montant des prestations

Le montant du maintien de salaire y compris les prestations brutes sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale car effectuant moins de 200 heures par trimestre ou n'ayant pas suffisamment cotisé) et l'éventuel salaire à temps partiel s'élève à 90 % du salaire brut. En aucun cas le salarié ne peut percevoir plus de 100 % de son salaire net mensuel.

La garantie « maintien de salaire » comprend également le remboursement des charges sociales patronales évaluées forfaitairement à 16 % des prestations versées.

Article 1.6

Durée de la garantie

Pour les salariés ayant moins de 20 ans d'ancienneté, les prestations sont versées pendant 60 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs).

Pour les salariés ayant au moins 20 ans d'ancienneté, les prestations sont versées pendant 90 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs).

Article 2.5

Montant des prestations

Le montant des indemnités journalières « incapacité de travail », y compris les prestations brutes de sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale car effectuant moins de 200 heures par trimestre ou n'ayant pas suffisamment cotisé) et l'éventuel salaire à temps partiel s'élève à 70 % du salaire brut.

En aucun cas le salarié ne peut percevoir plus de 100 % de son salaire net mensuel.

Article 3

Garantie invalidité

Article 3.1

Personnel concerné

Tout salarié ayant au moins 6 mois d'ancienneté, quel que soit le nombre d'heures de travail effectué.

Article 3.2

Définition de la garantie

En cas d'invalidité permanente reconnue par la sécurité sociale ou par le médecin contrôleur des organismes gestionnaires du régime, sur avis du médecin traitant, l'organisme assureur verse une rente complémentaire à celle versée par la sécurité sociale jusqu'au service de la pension vieillesse, allouée en cas d'incapacité au travail.

Article 3.3

Montant des prestations

En cas d'invalidité ou d'une incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 % de l'assuré cadre ou non cadre reconnue et notifiée par la sécurité sociale à compter du 1^{er} avril 2015, l'organisme assureur verse une rente complétant le cas échéant celle de la sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire. Le montant de la prestation, y compris les prestations brutes sécurité sociale est défini comme suit :

a) En cas d'invalidité 1^{re} catégorie :

3/5^e du montant de la rente retenue pour la 2^e catégorie.

b) En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'IPP compris entre 33 % et 66 % :

$(R \times 3 N) / 2$ (R étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité 2^e catégorie et N le taux d'incapacité permanente déterminée par la sécurité sociale).

c) En cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie ou d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle avec un taux d'IPP supérieur ou égal à 66 % :

75 % du salaire brut de référence.

Le total perçu par le salarié (sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

Article 9

Dispositions particulières concernant le maintien des garanties

Article 9.1

Suspension du contrat de travail des assurés donnant lieu à indemnisation par l'employeur

Les garanties définies au présent régime de maintien de salaire et de prévoyance sont maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de rémunération, ou de prestations en espèces de la sécurité sociale (ou d'une prise en charge à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur/ou conseil de l'organisme assureur).

Dans ce cas, la contribution de l'employeur doit être maintenue et le salarié doit acquitter la part salariale de la cotisation calculée selon les règles du régime de prévoyance conventionnel, et ce pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, sauf cas d'exonération de la totalité de la cotisation telle que définie à l'article 11.

Le maintien des garanties est assuré :

– tant que son contrat de travail n'est pas rompu ;

- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant la période d'assurance et lorsque les prestations de la sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident, de l'invalidité, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

Article 9.2

Suspension du contrat de travail des assurés ne donnant pas lieu à indemnisation par l'employeur

Dans tous les autres cas de suspensions du contrat de travail des salariés non indemnisés (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de soutien familial, congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié...), les garanties sont suspendues de plein droit en cas de suspension du contrat de travail de l'intéressé et aucune cotisation n'est due.

Les arrêts de travail ou le décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à indemnisation au titre du régime de prévoyance conventionnel de la BAD.

La suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle. Les garanties reprennent effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

Article 9.3

Maintien optionnel des garanties décès dans le cas d'une suspension de contrat de travail non indemnisée

Les garanties prévues en cas de décès (capital et rentes éducation) peuvent être maintenues aux salariés en suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation, sous réserve que le salarié en fasse la demande dans le mois suivant le début de la suspension de son contrat de travail et sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation correspondante par ce même salarié.

La cotisation afférente aux garanties décès (capital et rentes éducation) est celle appliquée pour les salariés en activité. Le salaire servant de base au calcul des prestations et des cotisations est le salaire brut total tranches A et B perçu au cours des 12 derniers mois civils précédant la date de la suspension du contrat de travail et ayant donné lieu à cotisations.

Article 9.4

Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité instauré par l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale. En cas de cessation du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié (à l'exclusion des ayants-droits) bénéficie du maintien des garanties prévoyance dans les conditions ci-après.

Le présent dispositif de portabilité s'applique aux cessations de contrat de travail, telles que définies précédemment, qui interviennent à compter du 1^{er} Juin 2015.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Le maintien de garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise 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, arrondis au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues dans le présent article et conformément aux dispositions légales et réglementaires.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son indemnisation par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'employeur de son statut de demandeur d'emploi ;

– en cas de décès.

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

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité du présent régime obligatoire est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définies à l'article VII.11.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Article 11

Cotisation et répartition des cotisations

Article 11.1

Cotisation et répartition des cotisation jusqu'au 31 décembre 2016

Considérant que le risque invalidité constitue, eu égard à l'âge moyen et à l'ancienneté des salariés, un risque majeur lourd de conséquences financières, il est décidé par les partenaires sociaux dans le cadre d'une répartition globale de 1/3 à charge du salarié et de 2/3 à charge de l'employeur, que la cotisation liée à ce risque serait majoritairement financée par ce dernier en contrepartie d'une prise en charge exclusive par le salarié de la cotisation du risque incapacité temporaire de travail. En tout état de cause, cette répartition de 1/3 à la charge du salarié et de 2/3 à la charge de l'employeur est définitive.

Le taux de 4,21 % tranche A et tranche B, exprimé en pourcentage du salaire brut, est réparti comme suit :

GARANTIES	EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Maintien de revenu (avec 16 % charge patronale)	1,23 %		1,23 %
Incapacité		0,95 %	0,95 %
Invalidité	1,19 %	0,45 %	1,64 %
Décès	0,26 %		0,26 %
Rente éducation	0,08 %		0,08 %
Maintien garantie décès	0,02 %		0,02 %
Mutualisation (passif)	0,03 %		0,03 %
Total	2,81 %	1,40 %	4,21 %

Cotisation additionnelle finançant la portabilité

Portabilité	0,19 %	0,10 %	0,29 %
-------------	--------	--------	--------

Cette cotisation spécifique fera l'objet d'une négociation à l'issue de deux années d'application.

Cotisation additionnelle finançant le passif résultant
de la loi portant réforme des retraites jusqu'au 31 décembre 2016

Dans le prolongement de l'article 26 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, un complément de provisions mathématiques doit être constitué par les organismes assureurs au titre du maintien de la garantie décès et des arrêts de travail survenus au 31 décembre 2010 pour les contrats conclus avant cette date.

S'agissant des sinistres en cours précédemment couverts auprès d'un autre organisme assureur que ceux désignés dans le présent régime, conformément aux dispositions prévues par l'article 26 susvisé, le présent régime prévoit la reprise intégrale des engagements relatifs au maintien de la garantie incapacité de travail – invalidité du contrat résilié. En contrepartie, les provisions constituées par l'ancien assureur au titre du maintien de ces garanties seront transférées à l'organisme désigné qui enregistre l'adhésion. Dans ce cas, l'indemnité de résiliation prévue par le dispositif légal précité, au profit de l'ancien assureur, n'est pas exigible.

Le surcoût inhérent à ce provisionnement complémentaire a été évalué à 1 % de la masse salariale.

Étant entendu que les sinistres en cours précédemment assurés par un des organismes co-désignés restent attachés aux anciens dispositifs, un compte spécifique sera établi afin de suivre le financement du passif résultant de la loi portant réforme des retraites. Ce compte fera l'objet d'un suivi particulier et pourra donner lieu à un réajustement de cotisation.

Ainsi, ce surcoût sera financé par une cotisation additionnelle de 0,20 % à compter du 1^{er} janvier qui suit la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension pour une durée déterminée par le présent avenant.

La cotisation additionnelle de 0,20 % tranche A et tranche B, exprimée en pourcentage du salaire brut, est répartie comme suit :

GARANTIE	EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Passif Réforme des retraites	0,13 %	0,07 %	0,20 %

Le compte spécifique établi au titre du passif relatif à la réforme des retraites demeurant déficitaire, la cotisation supplémentaire de 0,20 % reste appelée jusqu'au 31 décembre 2016.

Les transferts d'entreprises entre organismes assureurs donneront ainsi lieu à un transfert de provisions dont le montant devra être calculé tête par tête selon les tables, taux d'actualisation, frais, etc. arrêtés par les organismes désignés.

En cas de dénonciation du régime de prévoyance branche aide à domicile avant le remboursement total de la cotisation additionnelle finançant le passif résultant de la loi portant réforme des retraites, une indemnité de résiliation est due dont le montant est égal à la différence entre le montant des provisions techniques à constituer, permettant de couvrir intégralement les engagements relatifs à la poursuite des prestations « incapacité » et « invalidité » et au maintien de la garantie décès, et le montant des provisions techniques effectivement constituées au jour de la dénonciation, et ce au titre des incapacités et invalidités en cours à la date de la dénonciation.

Article 11.2

Cotisation et répartition des cotisation à partir du 1^{er} janvier 2017

Considérant que le risque invalidité constitue, eu égard à l'âge moyen et à l'ancienneté des salariés, un risque majeur lourd de conséquences financières, il est décidé par les partenaires sociaux dans le cadre d'une répartition globale de 1/3 à charge du salarié et de 2/3 à charge de l'employeur, que la cotisation liée à ce risque serait majoritairement financée par ce dernier en contrepartie d'une prise en charge exclusive par le salarié de la cotisation du risque incapacité temporaire de travail. En tout état de cause, cette répartition de 1/3 à la charge du salarié et de 2/3 à la charge de l'employeur est définitive.

Le taux de 4,41 % tranche A et tranche B, exprimé en pourcentage du salaire brut, est réparti comme suit :

GARANTIES	EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Maintien de revenu (avec 16 % charge patronale)	1,36 %		1,36 %

Incapacité		1,02 %	1,02 %
Invalidité	1,19 %	0,45 %	1,64 %
Décès	0,26 %		0,26 %
Rente éducation	0,08 %		0,08 %
Maintien garantie décès	0,02 %		0,02 %
Mutualisation (passif)	0,03 %		0,03 %
Total	2,94 %	1,47 %	4,41 % »

Cotisation additionnelle finançant la portabilité

Portabilité	0,19 %	0,10 %	0,29 %
-------------	--------	--------	--------

Cette cotisation spécifique fera l'objet d'une négociation à l'issue de deux années d'application.

Article 11.4

Les partenaires sociaux et les organismes assureurs de la branche mettent en place des actions de prévention en matière de conditions de travail et santé au travail, ainsi qu'un plan d'accompagnement de retour à l'emploi des salariés en ayant subi un ou plusieurs arrêts de travail d'une durée cumulée au moins égale à 60 jours.

La commission de suivi du régime de prévoyance sera informée semestriellement des actions mises en place et des résultats obtenus.

Article 11.5

Les partenaires sociaux s'engagent à mettre en place des outils sur la prévention de la pénibilité et des risques psycho sociaux. Ces outils seront présentés lors de journées régionales animées paritairement.

Article 15

La commission paritaire nationale de suivi du régime de prévoyance

La commission paritaire nationale de suivi du régime de prévoyance est composée paritairement en nombre égal d'un représentant désigné par chaque organisation syndicale représentative dans la branche et d'un nombre équivalent de représentants de fédération ou union d'employeurs de la branche.

Les attributions et le fonctionnement de cette commission sont définis dans une convention de gestion.

Article 32

Commission paritaire nationale de suivi du régime de complémentaire santé

La commission paritaire nationale de suivi du régime de santé est composée paritairement en nombre égal d'un représentant désigné par chaque organisation syndicale représentative dans la branche et d'un nombre équivalent de représentants de fédération ou union d'employeurs de la branche.

Les attributions et le fonctionnement de cette commission sont définis dans une convention de gestion.»

Article 2

Date d'entrée en vigueur – agrément

L'avenant prendra effet le 1^{er} avril 2015 sous réserve de son agrément conformément aux dispositions de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article 3

Extension

Les partenaires sociaux demandent également l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 29 octobre 2014.

ORGANISATIONS EMPLOYEURS

USB-Domicile :
UNADMR
Mme Maryse PINEAU
Union nationale des associations
ADMR
184 A, rue du Faubourg-Saint-Denis
75010 Paris
Signé

UNA
M. Yves VEROLLET
Union nationale de l'aide,
des soins et des services aux domiciles
108/110, rue Saint-Maur
75011 Paris
Signé

ADESSA à domicile Fédération nationale
M. Hugues VIDOR
350, rue Lecourbe
75015 Paris
Signé

FNAAFP/CSF
Mme Claire PERRAULT
Fédération nationale des associations
de l'aide familiale populaire
Confédération syndicale des familles
53, rue Riquet
75016 Paris
Signé

ORGANISATIONS SYNDICALES DE SALARIÉS

CFDT
M. Loïc LE NOC
Fédération nationale des syndicats
des services de santé et services sociaux
48/49, avenue Simon-Bolivar
75019 Paris
Signé

CFE/CGC
M. Claude DUMUR
Fédération française santé action sociale
39, rue Victor-Massé
75009 Paris
Non signataire

CFTC
M. Gérard SAUTY
Fédération nationale santé sociaux
34, quai de la Loire,
75019 Paris
Signé

CGT
Mme Maryline CAVAILLE
Fédération nationale des organismes sociaux
263, rue de Paris – Case 536
93515 Montreuil Cedex
Non signataire

CGT-FO
Mme Josette RAGOT
Fédération nationale de l'action sociale force ouvrière
7, impasse Tenaille
75014 Paris
Non signataire

AVENANT N° 09-2014 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU TRAVAIL

Secteurs sanitaire social et médico-social du 26 août 1965

Il est convenu et décidé entre les parties signataires:

ACCORD COLLECTIF DE TRAVAIL RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME COLLECTIF DE PROTECTION SOCIALE « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » OBLIGATOIRE

PRÉAMBULE

Dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence des organismes assureurs, les partenaires sociaux se sont réunis pour définir les conditions de couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursement de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et la part de financement assuré par l'employeur.

Les travaux liminaires ont permis aux partenaires sociaux d'analyser les différentes hypothèses et de décider de la création et de la mise en place d'une assurance santé obligatoire pour le personnel relevant de la Convention collective nationale de travail du 26 août 1965.

La négociation a porté notamment sur la définition du contenu et du niveau des garanties ainsi que la répartition des charges des cotisations entre employeurs et salariés, les conditions de choix des organismes assureurs, les modalités d'affectation au financement de l'objectif de solidarité, la situation particulière de certains salariés ou ayants droit justifiant des dispenses d'affiliation à l'initiative du salarié, les adaptations relatives aux départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle et le délai pour l'entrée en vigueur de l'accord avant le 1^{er} janvier 2016.

Un accord d'entreprise pourra améliorer les conditions de mise en place de la couverture complémentaire santé obligatoire telle que définie par le présent accord.

Ces mesures sont applicables avant le 1^{er} janvier 2016 en application de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant 09-2014 du 30 juin 2014 s'applique à l'ensemble des salariés cadres et non cadres des établissements entrant dans le champ d'application visé par l'article 1^{er} de la Convention collective nationale du 26 août 1965 (Convention collective nationale secteur sanitaire, social et médico-social).

Le droit à cette couverture collective est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties du régime de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès de deux organismes assureurs recommandés. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative communs, conclus dans les mêmes conditions.

Article 2

Adhésion du salarié

Article 2.1

Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires de cette couverture collective sont le salarié à titre obligatoire et le conjoint ou l'enfant à titre facultatif.

L'accès au régime de complémentaire santé est conditionné à la justification d'une ancienneté de quatre mois consécutifs au sein de l'entreprise, s'ils n'ont pas invoqué et justifié l'un des motifs de dispenses d'affiliation prévues à l'article 2.3.

Article 2.2

Suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime

Le bénéfice du régime complémentaire santé est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- maladie d'origine professionnelle ou non professionnelle ;
- accident d'origine professionnelle ou non professionnelle ;
- maternité ;
- exercice du droit de grève ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas un mois continu ;
- congé de solidarité familiale, tel que défini par les articles L. 3142-16 et suivants du code du travail et l'article 51 de la convention collective ;
- congé de soutien familial, tel que défini par les articles L. 3142-22 et suivants du code du travail.

et tout autre cas dans lequel la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires.

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

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour congés sans solde non visés dans les dispositions précédentes, notamment congé pour convenance personnelle, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour la création ou la reprise d'entreprise, les salariés ne bénéficieront pas du maintien du régime de complémentaire santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation en totalité (part patronale et part salariale).

Le fonds social pourra être sollicité pour compenser tout ou partie de la cotisation.

Article 2.2

Caractère obligatoire de l'adhésion

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

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- les salariés et apprentis sous contrat d'une durée inférieure ou égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire. Ces salariés devront solliciter par écrit auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis au moment de leur embauche. En l'absence de ces documents, ils seront obligatoirement affiliés au régime. Le fonds social pourra être sollicité pour compenser tout ou partie de la cotisation ;
- les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévus à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile. Cette dispense produit ses effets jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. À défaut d'écrit et de justificatif à l'embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;
- les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective obligatoire de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'une disposition de complémentaire santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariés devront solliciter, par écrit auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de l'entreprise

accompagné de justificatif et renouveler cette demande chaque année. À défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime. Le salarié bénéficiant de la couverture collective à adhésion obligatoire du conjoint sera dispensé de l'affiliation obligatoire par son employeur, sur présentation d'une attestation délivrée par l'organisme assureur du conjoint;

- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors s'exercer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

Les entreprises disposent de la liberté de mettre en œuvre les autres cas de dispenses prévus par le décret du 9 janvier 2012 et les éventuels autres textes réglementaires à paraître le cas échéant, en concertation avec les instances représentatives du personnel et dans les conditions fixées par les textes.

L'absence de remise du justificatif dans les délais impartis, entrainera l'affiliation automatique du salarié au présent régime obligatoire.

Article 3

Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Article 3.1

Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

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

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

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

Article 3.2

Maintien de la couverture du régime de complémentaire santé en application de l'article 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 du régime de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- 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;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés ou à leurs ayants droit dans le cadre de l'article 4 de la « loi Évin » incombe à l'organisme assureur. L'ancien employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture mais informera le salarié et ses ayants droit en cas de décès.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de la « loi Évin » sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 4

Financement

Article 4.1

Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé ».

Parallèlement à sa couverture obligatoire, le salarié a la possibilité de couvrir ses ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont il bénéficie au titre du régime obligatoire.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

Article 4.2

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 (pour information, 3 129 € au 1^{er} janvier 2014).

Article 4.3

Taux et répartition des cotisations

La cotisation de la couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursement de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sera prise en charge à 50 % par l'employeur pour le salarié.

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 de la cotisation « salarié isolé » à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire du salarié et éventuellement ses ayants droit, si un accord d'entreprise le prévoit.

La cotisation ci-dessus et les cotisations « enfant » et « conjoint » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés en annexe 1.

Article 5

Prestations

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe 2 à titre informatif, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent protocole. Les modifications seront soumises à accord entre les partenaires sociaux de la CCNT du 26 août 1965 et les organismes assureurs recommandés.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garantie, acte par acte et mettre en œuvre des mesures d'action sociale définie par la Commission nationale paritaire de négociation à un taux de cotisation équivalent.

Un fond social sera géré par les membres de la Commission nationale paritaire de négociation qui définiront son fonctionnement et les mesures d'action sociale en relevant. Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'action sociale définies par une liste établie par la Commission nationale paritaire de négociation.

Article 6

Suivi du régime complémentaire « frais de santé »

Les modalités d'envoi de dossiers « frais de santé » à l'organisme assureur et leur règlement par celui-ci sont définies dans la convention de gestion administrative.

Le régime de complémentaire santé est administré par la Commission nationale paritaire qui assure le suivi du régime de base, des options et des contrats « sur mesure » et pourra se faire assister d'un expert de son choix.

Les organismes recommandés communiquent obligatoirement chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Article 7

Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux décident de recommander, pour assurer la couverture du régime de complémentaire santé prévues par le présent accord, les organismes assureurs suivants :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 35, boulevard Brune, 75014 Paris.

Le groupement de coassurance mutualiste composé de :

- CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419. Siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris ;
- ADREA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878. Siège social : 104, avenue Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon ;
- APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391. Siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille Cedex ;
- EOVİ MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176. Siège social : 25, route de Monfavet, BP 2034, 84023 Avignon Cedex 1 ;
- HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473. Siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- OCIANE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085. Siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex.

Ces mutuelles, co-assureurs du régime, confient la coordination du dispositif et l'interlocution à Mutex, entreprise régie par le code des assurances. Siège social, 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

Article 8

Modalités de réexamen du régime

En application de l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder à un réexamen du régime de santé décrit dans cet accord tous les 5 ans maximum à compter de la date de signature du présent accord.

Le réexamen interviendra sur les bases de l'analyse opérée dans le cadre de l'application du suivi décrit à l'article 6 du présent accord.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les organismes recommandés au 31 décembre de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

Article 9

Effet et durée

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2015 sous réserve de l'agrément ministériel et au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Le présent contrat aura un effet et une durée identiques à ceux prévus par l'avenant n° 09-2014 du 30 juin 2014.

Il pourra toutefois être résilié :

- par les partenaires sociaux à la suite de la remise en cause de l'avenant 09-2014;
- par les organismes assureurs recommandés.

Un préavis de 6 mois devra être respecté dans les deux cas et l'auteur de la résiliation devra faire part de celle-ci par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à toutes les autres parties prenantes du présent contrat.

En cas de dénonciation de l'avenant n° 09-2014 du 30 juin 2014, de résiliation du contrat, quel qu'en soit l'auteur, ou en cas de changement d'organisme assureur, les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint au jour de la résiliation.

La poursuite des revalorisations futures ainsi que le maintien des conditions de la couverture collective au profit des personnes en cours d'indemnisation à la date de résiliation du contrat devront faire l'objet d'une négociation avec les organismes assureurs conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Charenton-le-Pont, le 30 juin 2014.

Pour la CFDT
SIGNÉ

Pour la CFE/CGC
SIGNÉ

Pour la CFTC
SIGNÉ

Pour la CGT
SIGNÉ

Pour la FNAS/FO
NON SIGNATAIRE

Pour SUD santé sociaux
NON SIGNATAIRE

Pour UNISSS
SIGNÉ

Pour SISMES
SIGNÉ

Pour SNAMIS
SIGNÉ

ANNEXE 1

TAUX ET RÉPARTITION DES COTISATIONS
SELON LE PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Salarié isolé (obligatoire)	0,745 %	0,745 %	1,49 %
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,63 %	-	0,63 %
Conjoint (facultatif)	1,49 %	-	1,49 %

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace Moselle

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Salarié isolé (obligatoire)	0,505 %	0,505 %	1,01 %
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,41 %	-	0,41 %
Conjoint (facultatif)	1,01 %	-	1,01 %

La cotisation « salarié isolé » comprend une part de 10.5 % liée aux frais de gestion qui pourrait être augmentée de frais de gestion complémentaires définis par décret.

**Taux et répartition des cotisations complémentaires
pour les options selon le plafond mensuel de la sécurité sociale**

	OPTION 1		OPTION 2	
	Adhésion facultative de l'entreprise Obligatoire pour le salarié	Adhésion facultative de l'entreprise et du salarié	Adhésion facultative de l'entreprise Obligatoire pour le salarié	Adhésion facultative de l'entreprise et du salarié
Salarié	0,20 %	0,23 %	0,44 %	0,52 %
Conjoint	0,21 %	0,25 %	0,48 %	0,59 %
Enfant	0,13 %	0,15 %	0,23 %	0,28 %
	EVIN		EVIN	
Adulte	0,28 %		0,62 %	
Enfant	0,15 %		0,28 %	

ANNEXE 2

OBJET ET MONTANT DU REMBOURSEMENT DE LA BASE

Chirurgie hospitalière conventionnée : 150 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR)

Forfait hospitalier: couverture aux frais réels

Forfait actes lourds: couverture aux frais réels

Chambre particulière: 1,50 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale)

personne accompagnante: 1,50 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale)

Frais médicaux

Consultations, visites généralistes 100 % de la BR

Consultations, visites spécialistes 150 % de la BR

Pharmacie 100 % de la BR (toutes vignettes)

Vaccins non remboursés par la SS 25 €

Analyses 100 % de la BR

Auxiliaires médicaux 100 % de la BR

Actes techniques médicaux (petite chirurgie) 100 % de la BR

Radiologie 100 % de la BR

Orthopédie et autres prothèses 125 % de la BR

Prothèses auditives 400 € tous les deux ans par oreille

Transport accepté par la SS 100 % de la BR

Dentaire limité à 3 prothèses/an et pour bénéficiaire – au-delà garantie égale à celle des garanties complémentaires définies dans l'article D.911.1 du code de la sécurité sociale

Soins dentaires 100 % de la BR

Onlays-inlays 125 % de la BR

Orthodontie

Acceptée par la sécurité sociale 200 % de la BR

Refusée par la sécurité sociale non couverte

Prothèses dentaires

Remboursées dents du sourire

Remboursées dents du fond de bouche 250 % de la BR

Inlays-cores 125 % de la BR

Non remboursées par la sécurité sociale 250 % de la BR reconstituée

Parodontologie 200 €

Implantologie 200 €

Frais d'optique : les garanties s'entendent verres + monture (enfants) ou lentilles par an et par bénéficiaire : verres + monture (adultes) une paire tous les deux ans. Le remboursement s'entend par verre dans le tableau ci-dessous :

VERRES ET MONTURES	ENFANTS (EN EUROS)	ADULTES (EN EUROS)
Verres simples foyer sphérique		
Sphère de - 6 à + 6	50	80
Sphère de - 6,25 à 010 ou de + 6,25 à + 10	60	90
Sphère < - 10 ou > + 10	70	100

Verres simples foyer, sphères cylindriques		
Cylindre < + 4 Sphère de - 6 à + 6	60	90
Cylindre < + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	70	100
Cylindre > + 4 Sphère de - 6 à + 6	80	110
Cylindre > + 6 Sphère de < - 6 ou > + 6	90	120
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		
Sphère de - 4 à + 4	120	150
Sphère de < - 4 ou > + 4	130	160
Verres multifocaux ou progressifs cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	145	175
Sphère de < - 8 à > + 8	155	185
Monture	75	125

Lentilles: 150 € par an et par bénéficiaire

Chirurgie réfractive: 400 € par œil

Frais de cure thermale hors thalassothérapie par an et par bénéficiaire, cure acceptée par la sécurité sociale 100 €

Médecines douces (ostéopathie, étioopathie, acupuncture...) reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels: 4 x 25 € par an et par bénéficiaire

Dépistages (ostéodensitométrie osseuse, audition, obésité...) par bénéficiaire prescrit médicalement 40 € par an et par bénéficiaire

Actes de prévention

Tous les actes des contrats responsables TM

Patch anti-tabac 40 € par an et par bénéficiaire

OBJET ET MONTANT DU REMBOURSEMENT DE LA BASE OPTION 1

Chirurgie hospitalière conventionnée : 200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR)

Forfait hospitalier: couverture aux frais réels

Forfait actes lourds: couverture aux frais réels

Chambre particulière: 2,25 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale)

personne accompagnante: 2,25 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale)

Frais médicaux

Consultations, visites généralistes	100 % de la BR
Consultations, visites spécialistes	200 % de la BR
Pharmacie	100 % de la BR (toutes vignettes)
Vaccins non remboursés par la SS	50 €
Analyses	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	125 % de la BR
Radiologie	125 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses	150 % de la BR
Prothèses auditives	800 € tous les deux ans par oreille
Transport accepté par la SS	100 % de la BR

Dentaire limité à 3 prothèses/an et pour bénéficiaire – au-delà garantie égale à celle des garanties complémentaires définies dans l'article D.911.1 du code de la sécurité sociale

Soins dentaires	100 % de la BR
Onlays-inlays	150 % de la BR

Orthodontie

Acceptée par la sécurité sociale	300 % de la BR
Refusée par la sécurité sociale	non couverte

Prothèses dentaires

Remboursées dents du sourire	400 % de la BR
Remboursées dents du fond de bouche	300 % de la BR
Inlays-cores	150 % de la BR
Non remboursées par la sécurité sociale	300 % de la BR reconstituée
Parodontologie	300 €
Implantologie	300 €

Frais d'optique: les garanties s'entendent verres+ monture (enfants) ou lentilles par an et par bénéficiaire: verres+ monture (adultes) une paire tous les deux ans. Le remboursement s'entend par verre dans le tableau ci-dessous:

VERRES ET MONTURES	ENFANTS (EN EUROS)	ADULTES (EN EUROS)
Verres simples foyer sphérique Sphère de - 6 à + 6 Sphère de - 6,25 à -10 ou de + 6,25 à + 10 Sphère < -10 ou > + 10	60 70 80	100 110 120
Verres simples foyer, sphères cylindriques Cylindre < + 4 Sphère de - 6 à + 6 Cylindre < + 4 Sphère <- 6 ou > + 6 Cylindre > + 4 Sphère de - 6 à + 6 Cylindre > + 6 Sphère de < 0 6 ou > + 6	70 80 90 100	110 120 130 140
Verres multifocaux ou progressifs sphériques Sphère de - 4 à + 4 Sphère de < - 4 ou > + 4	130 140	170 180
Verres multifocaux ou progressifs cylindriques Sphère de - 8 à + 8 Sphère de < - 8 à > + 8	155 165	195 205
Monture	100	150

Lentilles: 200 € par an et par bénéficiaire

Chirurgie réfractive: 600 € par œil

Frais de cure thermale hors thalassothérapie par an et par bénéficiaire, cure acceptée par la sécurité sociale 200 €

Médecines douces (ostéopathie, étioopathie, acupuncture...) reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels: 4 x 30 € par an et par bénéficiaire

Dépistages (ostéodensitométrie osseuse, audition, obésité...) par bénéficiaire prescrit médicalement 60 € par an et par bénéficiaire

Actes de prévention

Tous les actes des contrats responsables TM

Patch anti-tabac 60 € par an et par bénéficiaire

OBJET ET MONTANT DU REMBOURSEMENT DE LA BASE OPTION 2

Chirurgie hospitalière conventionnée : 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR)

Forfait hospitalier: couverture aux frais réels

Forfait actes lourds: couverture aux frais réels

Chambre particulière: 3,00 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale)

personne accompagnante: 3,00 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale)

Frais médicaux

Consultations, visites généralistes	150 % de la BR
Consultations, visites spécialistes	300 % de la BR
Pharmacie	100 % de la BR (toutes vignettes)
Vaccins non remboursés par la SS	100 €
Analyses	150 % de la BR
Auxiliaires médicaux	150 % de la BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	150 % de la BR
Radiologie	150 % de la BR
Orthopédie et autres prothèses	200 % de la BR
Prothèses auditives	1200 € tous les deux ans par oreille
Transport accepté par la SS	100 % de la BR

Dentaire limité à 3 prothèses/an et pour bénéficiaire – au-delà garantie égale à celle des garanties complémentaires définies dans l'article D.911.1 du code de la sécurité social.

Soins dentaires	100 % de la BR
Onlays-inlays	200 % de la BR

Orthodontie

Acceptée par la sécurité sociale	350 % de la BR
Refusée par la sécurité sociale	250 % de la BR

Prothèses dentaires

Remboursées dents du sourire	450 % de la BR
Remboursées dents du fond de bouche	350 % de la BR
Inlays-cores	200 % de la BR
Non remboursées par la sécurité sociale	350 % de la BR reconstituée
Parodontologie	500 €
Implantologie	500 €

Frais d'optique: les garanties s'entendent verres+ monture (enfants) ou lentilles par an et par bénéficiaire: verres+ monture (adultes) une paire tous les deux ans. Le remboursement s'entend par verre dans le tableau ci-dessous:

VERRES ET MONTURES	ENFANTS (EN EUROS)	ADULTES (EN EUROS)
Verres simples foyer sphérique		
Sphère de - 6 à + 6	70	120
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	80	130
Sphère < -10 ou > + 10	90	140
Verres simples foyer, sphères cylindriques		
Cylindre < + 4 Sphère de - 6 à + 6	80	130
Cylindre < + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	90	140
Cylindre > + 4 Sphère de - 6 à + 6	100	150
Cylindre > + 6 Sphère de < - 6 ou > + 6	110	160
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		
Sphère de - 4 à + 4	140	190
Sphère de < - 4 ou > + 4	150	200
Verres multifocaux ou progressifs cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	165	215
Sphère de < - 8 à > + 8	175	225
Monture	125	175

Lentilles: 300 € par an et par bénéficiaire

Chirurgie réfractive: 800 € par œil

Frais de cure thermale hors thalasso thérapie par an et par bénéficiaire, cure acceptée par la sécurité sociale 300 €

Médecines douces (ostéopathie, étio pathie, acupuncture...) reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels: 4 x 50 € par an et par bénéficiaire

Dépistages (ostéodensitométrie osseuse, audition, obésité...) par bénéficiaire prescrit médicalement 80 € par an et par bénéficiaire

Actes de prévention

Tous les actes des contrats responsables TM

Patch anti-tabac 80 € par an et par bénéficiaire



PROCÈS-VERBAL DE
DES ACCORDS
DES NÉGOCIATIONS ANNUELLES
OBLIGATOIRES 2014

Entre: La CROIX-ROUGE FRANÇAISE
98, rue Didot,
75014 PARIS

D'une part,

La Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux « C.F.D.T. », 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75019 Paris;

La Fédération C.F.T.C. santé et sociaux, 34, quai de Loire, 75019 Paris;

La Fédération de la santé, de la médecine et de l'action sociale « C.F.E. – C.G.C. », 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris;

La Fédération de la santé et de l'action sociale « C.G.T. », 263, avenue de Paris, Case 538, 93515 Montreuil Cedex;

La Fédération des services publics et de santé « F.O. », 153-155, rue de Rome, 75017 Paris,

D'autre part,

Conformément à l'article L. 2242-4, du code du travail: « si, au terme de la négociation, aucun accord n'a été conclu, il est établi un procès-verbal de désaccord dans lequel sont consignées, en leur dernier état, les propositions respectives des parties et les mesures que l'employeur entend appliquer unilatéralement ».

Conformément aux dispositions de l'article L. 2242-1 et suivants du code du travail, relatifs à la négociation annuelle obligatoire portant sur les salaires, la durée et l'organisation du travail, les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise ont été invitées par la Croix-Rouge française, par courriel du 21 février 2014, à engager une négociation.

Conformément à l'article L. 2242-8 du code du travail, les parties se sont réunies en vue des négociations annuelles obligatoires aux dates suivantes:

- 11 mars 2014;
- 13 mai 2014;
- 26 juin 2014;
- 26 août 2014;
- 17 octobre 2014;
- 18 novembre 2014.

Conformément à l'article L. 2242-4 du code du travail, il est établi, à la suite des 6 réunions de négociation, le présent procès-verbal de désaccord.

Celui-ci fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues par l'article D. 2231-2 du code du travail, ainsi que d'une demande d'agrément pour les éventuelles mesures unilatérales de la direction, dans les conditions prévues par l'article 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

I. – DERNIER ÉTAT DES PROPOSITIONS RESPECTIVES DES PARTIES

Propositions de la direction :

Concernant les salaires effectifs, la direction a détaillé le montant de l'enveloppe budgétaire accordée par les financeurs publics et a envisagé différentes pistes.

Une modification de la répartition des cotisations du régime de prévoyance obligatoire a été proposée. Cette proposition a abouti à la signature de l'avenant du 2 octobre 2014 à la convention collective du personnel salarié de la Croix-Rouge française (signé par la CFTC, la CFDT et la CFE-CGC). Cet accord prévoit qu'à compter du 1^{er} octobre 2014, les cotisations du régime de prévoyance sont réparties à hauteur de 60 % (Croix-Rouge française) et 40 % (salarié).

Une augmentation de la valeur du point a été proposée à 4,46 € bruts.

Concernant le reliquat d'enveloppe, différentes possibilités de primes catégorielles ont été envisagées et notamment une prime pour les salariés bénéficiaire de l'indemnité différentielle pour atteindre le niveau du SMIC horaire ainsi qu'une prime, pour certains emplois conventionnels n'ayant pas bénéficié de la mesure spécifique LMD des NAO 2013 concernant les IDE.

Concernant l'égalité de traitement :

Afin d'aboutir à un accord collectif sur le thème de l'égalité professionnelle, la direction propose que le futur accord collectif contienne une mesure d'interdiction des réunions tardives, pour préserver la vie personnelle et familiale et notamment les impacts sur la parentalité.

L'accord collectif se substituerait au plan d'action pour l'égalité professionnelle qui a été déposé à la DIRECCTE et a été largement diffusé auprès des établissements.

Les organisations syndicales ont déploré la faiblesse de l'enveloppe budgétaire allouée et la faiblesse des mesures proposées dans le cadre de cette négociation. Les organisations syndicales ont ensuite demandé l'inscription de ce point au présent procès-verbal de désaccord.

Concernant l'accord intergénérationnel :

Un projet d'accord collectif a été présenté par la direction afin de pouvoir prendre la suite du plan d'action mis en place l'année passée. Ses dispositions ont fait l'objet de nombreux débats et analyses ainsi que d'explications et notamment sur le dispositif dit de réductions d'activité en fin de carrière.

Au cours de la dernière réunion, les partenaires sociaux n'avaient pas encore totalement finalisé les échanges sur cet accord collectif, mais les négociations se poursuivront dans le cadre des NAO 2015.

Propositions des organisations syndicales :

Les représentants des organisations syndicales CGT, CFTC, CFDT, CFE-CGC, FO, ont souhaité respectivement obtenir de la part de la direction les engagements suivants :

Délégation syndicale de la Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux « C.F.D.T. »

La CFDT s'est déclarée en séance signataire de l'avenant salarial augmentant la valeur du point à 4,46 € brut mais a exprimé un souhait de mesures pérennes et non catégorielles pour 2015. Cette signature sur la valeur du point n'a pas pu avoir lieu, les conditions de validité d'un accord collectif n'étant pas réunies.

D'autre part, la CFDT souhaite rappeler que les enveloppes de la direction générale de la cohésion sociale sont pérennes.

Délégation syndicale de la Fédération C.F.T.C. santé et sociaux

La CFTC demande la suppression des primes pour consacrer la totalité du reliquat de l'enveloppe à l'augmentation de la valeur du point. La CFTC demande également à la direction de programmer le sujet de la reconnaissance des diplômes d'état par référence au schéma universitaire européen licence-master doctorat, pour les NAO de 2015. Pour la CFTC, il convient de compenser concrètement les écarts de salaires avec le SMIC pour les catégories concernées à l'instar de ce qui se fait la fonction publique avec la GIPA.

Elle rappelle son souhait d'un accord sur la carrière professionnelle des représentants syndicaux, ainsi que sur le thème du handicap, qu'elle souhaite voir inscrit comme thème de négociation au titre des NAO 2015.

*Délégation syndicale de la Fédération de la santé,
de la médecine et de l'action sociale « C.FE. – C.G.C. »*

Pour la CFE-CGC, l'enveloppe budgétaire allouée est insuffisante pour envisager une augmentation de la valeur du point et d'autres mécanismes relatifs aux salaires pourraient être envisagés et notamment la santé et/ou la prévoyance, voire un dispositif d'intéressement et/ou d'épargne salariale.

Délégation syndicale de la fédération des services de l'action sociale « FO »

L'augmentation de 1 (un) centime de la valeur du point est très insuffisante au regard des attentes des salariés, d'autant qu'il n'y a pas eu d'augmentation depuis 2011.

Pour FO, la reconnaissance de la réforme LMD et celle des salariés bénéficiant de l'indemnité différentielle sont des questions auxquelles seule la refonte des grilles et des coefficients peut apporter une réponse. Elle demande donc à la direction de s'engager fermement sur ce chantier.

Délégation syndicale de la Fédération de la santé et de l'action sociale « C.G.T. »

L'augmentation de 1 (un) centime ne répond ni aux attentes, ni aux besoins des salariés et n'est pas à la hauteur de notre demande initiale (4,52 € euros bruts). Pour la CGT, la reconnaissance de la réforme LMD doit passer par une refonte des grilles et des coefficients.

Enfin, la prime compensatrice de 50 € brut ne répond pas à la problématique des coefficients en-deçà du SMIC.

III. – MESURES UNILATÉRALES

Malgré le désaccord constaté, la direction a indiqué souhaiter mettre en œuvre un certain nombre de mesures dans le cadre d'une décision unilatérale :

1. Négociations annuelles obligatoires (NAO) 2015

La direction des ressources et des relations humaines, s'engage à inscrire à l'ordre du jour des négociations annuelles obligatoires (NAO) de l'année 2015, le dispositif dit de « Retraite progressive » qui était présent dans le projet d'accord intergénérationnel.

Il est convenu que les NAO 2015 s'ouvriront en intégrant un dispositif de réduction d'activité en fin de carrière avec un niveau de maintien des cotisations retraite sur la base de la dernière durée d'activité.

Les débats pourront donc débiter sur :

- les critères d'attribution du dispositif aux salariés de la Croix-Rouge française (notamment, une ancienneté minimale au sein de la Croix-Rouge française et une durée de travail hebdomadaire minimale, qui ne sont que deux exemples et non une liste fermée de critères d'ouverture du dispositif) ;
- les conditions préférentielles d'accès (parmi lesquelles, les métiers pénibles seront étudiés prioritairement mais pas exclusivement).

2. Prime ponctuelle pour les métiers paramédicaux (hors IDE) impactés par la réforme LMD

2.1. Principe de la prime LMD (hors IDE)

La mesure salariale relative aux métiers paramédicaux vise à compenser partiellement l'impact généré par la réforme LMD du corps médical et paramédical.

Cette mesure consiste à verser une prime exceptionnelle liée à l'activité, en une fois, sur la paie de décembre 2014 ou de janvier 2015. Elle concerne l'ensemble des salariés du périmètre ci-après défini.

2.2. Bénéficiaires de la prime LMD (hors IDE)

Les bénéficiaires de cette prime catégorielle sont les salariés occupant les emplois conventionnels suivants :

- msseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes (position 6) ;
- IBODE (position 7) ;
- IADE (position 8).

La prise de fonction sur l'un des emplois conventionnels visés doit être réalisée au plus tard le 30 novembre 2014.

Les bénéficiaires de cette prime catégorielle sont les salariés présents à l'effectif au 31 décembre 2014.

2.3. Montant et calcul de la prime LMD (hors IDE)

La prime exceptionnelle LMD (hors IDE) est de 120 points bruts sur une base horaire temps plein.

Le calcul de la prime se fera au prorata des heures payées et comptabilisées sur la période du 1^{er} décembre 2013 au 30 novembre 2014 (hors heures supplémentaires et hors heures complémentaires).

2.4. Date de versement

La prime sera versée sur la paie de décembre 2014 ou de janvier 2015.

3. Prime ponctuelle compensatrice

3.1. Principe de la prime compensatrice

La mesure salariale compensatrice vise les personnels, dont le montant de la rémunération (salaire indiciaire (hors GER) cumulé avec une éventuelle prime individuelle) est inférieur au SMIC et donc les salariés percevant un complément différentiel.

Cette mesure consiste à verser une prime exceptionnelle en une fois sur la paie de décembre 2014.

3.2. Bénéficiaires de la prime compensatrice

Les bénéficiaires de cette prime catégorielle sont les salariés :

- classés de la position 1 palier 1 à 3 à la position 2 palier 1 de la grille de classification conventionnelle en sachant que la prise de fonction sur l'une des classifications visées doit intervenir au plus tard le 30 novembre 2014 ;
- dont le montant de la rémunération (salaire indiciaire (hors GER) cumulé avec une éventuelle prime individuelle), est inférieure à 325 points ;
- présents à l'effectif le 31 décembre 2014 ;
- hors contrats aidés et hors période de suspension du contrat de travail sans maintien de la rémunération, en sachant que la date de prise en compte de ces deux cas d'exclusion du droit à la prime, est le 30 novembre 2014.

3.3. Montant et calcul de la prime compensatrice

Le montant de la prime exceptionnelle s'élève à 50 € bruts sur une base horaire temps plein.

Le calcul de la prime se fera en fonction de la durée de travail contractuelle au 30 novembre 2014 et le résultat obtenu sera arrondi à l'entier supérieur en cas de décimal, en sachant qu'un seuil minimal de 10 € bruts s'appliquera.

3.4. Date de versement

La prime sera versée sur la paie de décembre 2014 ou de janvier 2015

3.5. Augmentation de la valeur du point

À compter du 1^{er} novembre 2014, la valeur du point de la Croix-Rouge française est revalorisée de 0,22 % et portée de 4,45 € à 4,46 €.

4. Durée d'effet des mesures unilatérales

L'augmentation de la valeur du point à 4,46 € brut à compter du 1^{er} novembre 2014 est une mesure pérenne, toutes les autres mesures unilatérales sont établies ponctuellement au titre de l'exercice 2014.

5. Notification, publicité et agrément

Le présent avenant est déposé en deux exemplaires originaux dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique à la Direccte de Paris.

Un exemplaire original est remis au secrétariat greffe du conseil des Prud'hommes de Paris et un exemplaire original est établi pour chaque partie.

Conformément aux dispositions de l'article 314-6 du code de l'action sociale et des familles, ces engagements unilatéraux sont soumis à l'agrément de la Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Dès lors, ils ne pourront prendre effet qu'à la condition d'obtenir ledit agrément. A défaut, toutes leurs dispositions seront réputées non écrites.

Fait à Paris, le 5 décembre 2014.

En 6 exemplaires originaux.

Pour la CFDT

SIGNÉ

Pour la CFE-CGC

SIGNÉ

Pour la CFTC

NON SIGNATAIRE

Pour la CGT

NON SIGNATAIRE

Pour FO

SIGNÉ

Pour la Croix-Rouge française

P. CAFIERO

SIGNÉ