

Accord national
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
(10 juin 2008)

AVENANT N° 5 DU 28 SEPTEMBRE 2016

NOR : AGRS1697266M

Entre

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)

Fédération nationale des entrepreneurs des territoires (FNEDT)

Fédération nationale du bois (FNB)

Forestiers privés de France (FPF)

Fédération nationale des coopératives d'utilisation de matériel agricole (FNCUMA)

Union syndicale des rouisseurs tailleurs de lin de France (USRTL)

D'une part, et

Fédération générale agroalimentaire CFDT

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FO

Fédération CFTC de l'agriculture

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le 15 septembre 2015, les organisations syndicales et professionnelles agricoles ont conclu l'avenant 4 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, afin d'adapter le régime collectif obligatoire de protection sociale complémentaire aux différentes évolutions législatives.

Cependant, l'avenant 4 ayant été étendu, le 3 décembre 2015, avec une réserve sur le respect des dispositions légales à compter du 1^{er} janvier 2016 (rappel de l'obligation légale de l'employeur d'affilier tous ses salariés dès le premier jour) et la parution du décret sur les cas dispenses et le dispositif versement santé le 30 décembre 2015, ont nécessité une nouvelle adaptation de l'accord national.

Les organisations syndicales et professionnelles agricoles ont donc voulu rendre applicable le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois, dès leur premier jour de contrat.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, les partenaires sociaux ont décidé de leur faire bénéficier du dispositif versement santé, tel que prévu par la loi.

Ainsi, les organisations syndicales et professionnelles agricoles s'engagent à travailler à une adaptation des outils (contrat de travail, TESA) aux nouvelles modalités d'application de la couverture collective obligatoire.

De plus, les organisations syndicales et professionnelles agricoles s'engagent à solliciter les organismes assureurs afin de proposer une couverture santé individuelle et facultative aux salariés en contrats de travail de courte durée.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (DROM-COM), aux salariés non cadres (ci-après dénommés « les salariés ») visés à l'article 4.1 et 5.1 du présent accord – au titre respectivement des garanties collectives frais de santé et prévoyance – aux coopératives d'utilisation de matériel agricole, ainsi qu'aux exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions, ci-après, de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime :

- 1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) ;
- 2° (à l'exception des entreprises du paysage) ;
- 3° (à l'exception de l'office national des forêts) et ;
- 4° (à l'exception des établissements de conchyliculture).

Article 2

Modifications apportées à l'accord

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires décident d'apporter les modifications suivantes :

L'article 4.1 est modifié comme suit :

« Article 4.1

Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 4.8 du présent accord.

Toutefois :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord ;
- l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole ;

Pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié. »

L'article 4.8 est ajouté après l'article « 4.7. Portabilité loi Evin (frais de santé) » :

« Article 4.8

Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1^{er} janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet :

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

Bénéficiaires :

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Conditions :

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

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur...).

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

- la couverture maladie universelle – complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités :

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

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

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

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

pensable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé :

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

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 € (ou 5 € pour le salarié relevant du régime local d'Alsace Moselle).

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

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

L'annexe I « Dispositif frais de santé », est modifiée comme suit :

Le tableau est remplacé par le tableau fourni ci-après, en annexe I.

L'annexe III, « Options nationales du dispositif prévoyance », est modifiée comme suit :

Les parties signataires ont décidé d'introduire une nouvelle option nationale au dispositif prévoyance. Cette option intégralement financée par les employeurs permet d'améliorer la mensualisation légale en abaissant le délai de franchise à 3 jours.

Cette option est ouverte exclusivement à la négociation locale. Elle ne peut pas être ouverte aux entreprises en souscription directe en dehors d'un accord local la prévoyant.

Le tableau de l'annexe III est remplacé par le tableau fourni ci-après, en annexe II. »

Article 3

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Article 4

Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Paris, le 28 septembre 2016.

(Suivent les signatures.)

**Annexe I
Dispositif frais de santé**

Nature des risques	Remboursement régime de base		Remboursement garanties complémentaires santé (incluant le remboursement du régime de base)			
	MSA hors Alsace Moselle	MSA Alsace Moselle	Socle obligatoire conventionnel	Option 1	Option 2	Option 3
Frais médicaux						
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)	70 %	90 %	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
Actes Techniques et dépassement d'honoraires (1)	70 %	90 %	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...) (1)	70 %	90 %	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)
Sages-femmes	70 %	90 %	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	90 %	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	90 % à 100 %	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	Néant	15 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	30 € à 180 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire
Actes de prévention (2)	35 % à 70 %	35 % à 90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PHARMACIE						
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	80 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	Néant	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	Néant	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
HOSPITALISATION (CONVENTIONNE OU NON)						
Frais de séjour	80 % à 100 %	100 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80 % à 100 %	100 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾

				155 % BR (CAS)	155 % BR (CAS)	250 % BR (CAS)	250 % BR (CAS)
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100 %	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 60 jours maximum / an puis 25 € par jour	75 € / jour pdt 45 jours / an
	Maternité	-	25 € / jour	55 € / jour	80 € / jour	80 € / jour	80 € / jour
	Psychiatrie	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 45 jours / an	75 € / jour pdt 45 jours / an
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	Néant	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pdt 10 jours maximum / an puis 30 € par jour	50 € / jour pdt 10 jours maximum / an puis 30 € par jour
Maternité ⁽³⁾	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS
Frais de transport	65 %	65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	65 % à 90 %	65 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire
Dentaire							
Soins Dentaires	70 %	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	90 %	100 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR	250 % BR
Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	70 %	90 %	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR	690 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoprotées)	70 %	90 %	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3]	-	-	Néant	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	90 % à 100 %	125 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR	300 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Optique							
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)			Tous les 2 ans	Tous les 2 ans			
Monture seule	60 %	90 %	455 % BR	60 % / 90 % BR + 100 €	60 % / 90 % BR + 150 €	60 % / 90 % BR + 150 €	60 % / 90 % BR + 150 €
2 verres simples classe (a) (5)	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 300 €	60 % / 90 % BR + 300 €	60 % / 90 % BR + 300 €
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe	60 %	90 %	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 450 €	60 % / 90 % BR + 450 €	60 % / 90 % BR + 450 €

