CONVENTION COLLECTIVE DE LA DISTRIBUTION DIRECTE

Avenant N° 29

ACCORD RELATIF A LA MISE EN PLACE D'UN REGIME COLLECTIF DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE « FRAIS DE SANTE » OBLIGATOIRE POUR LES DISTRIBUTEURS

Préambule

Le présent accord a pour objet d'arrêter les fondements de la mise en place d'une assurance santé au niveau de la branche de la distribution directe pour les salariés distributeurs reconnus selon les critères ci-dessous énumérés comme catégorie objective au sein de la catégorie des Employés au plus tard au 30 juin 2014.

Il intervient à la suite de travaux menés par les partenaires sociaux ayant porté notamment sur les besoins exprimés par les salariés de la branche et sur les offres des assureurs du marché.

Ces 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 la catégorie « distributeurs », adaptée à leur situation.

Le périmètre de l'accord repose sur deux points principaux qui sont :

- les garanties minimales et les options de couverture santé,
- la répartition des cotisations entre les employés et les employeurs.

Les résultats de l'appel d'offre mené auprès des organismes susceptibles de répondre au cahier des charges fixé par la branche de la distribution directe, ainsi qu'aux tarifs garantis, sont disponibles auprès du SDD.

Par ailleurs, les partenaires sociaux ont souhaité indiquer en annexe du présent accord les engagements.

Pour autant, chaque entreprise de la branche reste libre du choix final du prestataire d'assurance santé à la condition expresse que ce dernier offre une prestation répondant aux garanties minimales définies et au tarif maximal fixé pour couvrir les garanties fixées pour l'option de base décrite dans le présent accord.

Par ailleurs, il est précisé que les salariés non distributeurs qu'ils soient de statut Employé, Agent de maîtrise ou Cadre, non visés par le présent avenant, doivent tous être bénéficiaires dans les entreprises de la branche, d'un régime frais de santé obligatoire dont les modalités de mise en place et de garanties sont définies librement au sein de chaque entreprise mais qui ne pourront être inférieures aux garanties fixées par le présent accord. Cette couverture doit être mise en place au plus tard au 30 juin 2014.

PLB

Il est spécifié qu'au moment de la mise en œuvre de ce nouveau dispositif, les régimes de garanties complémentaires « frais de santé » applicables aux Distributeurs, Employés, Agents de Maitrise et Cadres dans les entreprises de la branche ne pourront pas être modifiés.

ARTICLE 1 : Reconnaissance des distributeurs comme catégorie objective au sens du décret du 12 janvier 2012 et de la circulaire d'application du 25 septembre 2013

Les distributeurs ont des conditions de travail très spécifiques, les amenant à travailler de manière itinérante en organisant librement leurs horaires de travail sur la journée, même si des temps d'exécution des travaux de distribution et d'acheminement sont définis par la négociation collective.

Les distributeurs sont majoritairement à temps partiel, ils peuvent être soit retraités, soit pré-retraités, soit à employeurs multiples, et actuellement plus rarement en activité à plein temps.

Les distributeurs sont le plus souvent des salariés travaillant à temps partiel et rémunérés à ce titre par un même employeur. Cela rend d'autant plus difficile même la volonté de généraliser des garanties Frais de Santé au niveau des entreprises dans ces conditions, les distributeurs étant déjà assurés pour leur frais de santé sur un plan familial ou refusant de s'assurer, ou étant dans un cas de dispense.

Ainsi, tout est particulier pour cette catégorie de salariés, notamment au regard des frais de santé : les différentes situations doivent être prises en considération, conduisant à définir les bénéficiaires tout en prenant en compte l'impératif collectif du régime, mais aussi les cas particuliers d'exclusion énumérés et tolérés sur un plan règlementaire et détaillés ci-après.

La cotisation pour couvrir des risques frais de santé, qui sont actuariellement des risques certains, doit être conçue de manière à permettre l'équilibre durable du régime que ne permettrait pas, par exemple, une cotisation assise en pourcentage du salaire. Le cahier des charges défini au niveau de la branche pour favoriser la garantie des engagements par un assureur, quelles que soient sa nature et son identité, est destiné à préserver la stabilité des cotisations du régime instauré par la branche.

Ainsi, la catégorie, au regard des frais de santé, des distributeurs est objectivée par la nature du travail et des conditions de travail, le niveau d'activité moyen et de revenu justifiant une approche particulière, ce qui est fait dans le cadre du présent accord. Cette objectivation reposant sur les critères ainsi définis sera reprise dans le cadre de la prochaine négociation portant sur les niveaux de classification.

ARTICLE 2 : Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la Convention Collective Nationale de la Distribution Directe.

Ces entreprises appliquent de façon obligatoire le régime complémentaire « Frais de santé Distributeur » institué par le présent accord.

Les entreprises actuellement couvertes par un autre régime complémentaire « Frais de santé » pour les distributeurs devront adapter, en tant que de besoin, leurs garanties pour répondre aux obligations conventionnelles, au besoin en contractant avec tout organisme d'assurance

respectant les garanties minimales et le tarif indiqué pour l'option de base établie au présent accord, et ce au plus tard au 30 juin 2014.

ARTICLE 3 : Adhésion du salarié

Article 3.1 : Bénéficiaires

Sous réserve de la précision apportée au dernier alinéa du préambule du présent accord, les bénéficiaires de l'assurance santé décrite dans cet accord sont les salariés de la branche de la distribution directe ayant le statut distributeur tel que défini dans la grille de classification de la convention collective de la distribution directe.

Les salariés doivent remplir une condition de 6 mois minimum de présence administrative dans leur entreprise pour être inscrits de façon obligatoire au présent régime s'ils n'ont pas invoqué et justifié d'un des motifs de dispenses d'affiliation prévues au 3.2.

Article 3.2 : Dispenses d'affiliation

La dispense d'adhésion doit relever du libre choix du salarié, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande expresse du salarié.

Peuvent être dispensés d'affiliation sans que soit remis en cause le caractère collectif et obligatoire du régime :

1. Les salariés qui bénéficient de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire « frais de santé » prévue à l'article L 863-1 du Code de la Sécurité sociale. Dans ces cas, la dispense, qui doit être justifiée par tout document utile, peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

2. Des 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 jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite.

La faculté de dispense mentionnée au 1 et 2 s'exerce indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié vient à le faire bénéficier d'une autre couverture complémentaire.

3. A condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (CF. arrêté 26 mars 2012 modifié) :

   - Dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire selon les modalités rappelées par la circulaire DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 (ainsi la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant-droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire)

- Régime Alsace-Moselle
- Contrats d'assurance de groupe dits « Madelin »

4. Les salariés à employeurs multiples qui bénéficient déjà, et justifient, d'une complémentaire « frais de santé » obligatoire dans le cadre d'un autre emploi.

5. Les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles.

6. Les salariés à temps partiel et les apprentis qui devraient acquitter une cotisation, dans le cadre du régime obligatoire, au moins égale en valeur à 10% de leur rémunération brute.

Ces différents cas de dispense seront communiqués aux salariés au moment de l'entrée en vigueur du présent accord, ainsi qu'au moment de l'embauche de nouveaux salariés.

Les dispenses d'affiliation prévues ci-dessus ne sont valables qu'après justification, par les salariés, de la couverture souscrite par ailleurs.

La non délivrance du justificatif dans les délais impartis, entraînera l'affiliation automatique du salarié au présent régime obligatoire.

ARTICLE 4 : Garanties minimales du régime de santé.

Liste des garanties	Option de base	Option 1 à la charge du salarié	Option 2 à la charge du salarié
Consultation et visite généraliste en secteur conventionné	100 % BR	120 % BR	**150 % BR**
Consultation et visite spécialiste en secteur conventionné	120 % BR	200 % BR	**250 % BR**
Analyses biologiques	100 % BR	120 % BR	**150 % BR**
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	**100 % BR**
Radiologie	100 % BR	120 % BR	**150 % BR**
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux	120 % BR	120 % BR	**150 % BR**
Transport	100 % BR	100 % BR	**100 % BR**
Frais de séjours conventionnés	100 % FR	200 % BR	**250 % BR**
Honoraires en secteur conventionné	150 % BR	200 % BR	**250 % BR**
Frais de séjours en secteur non conventionné	100 % BR	200 % BRR	**250 % BRR**
Honoraires en secteur non conventionné	100 % BR	200 % BRR	**250 % BRR**
Forfait journalier	100 % FR	100 % FR	**100 % FR**
Frais de Transport	100 % BR	100 % BR	**100 % BR**

Liste des garanties	Option de base obligatoire	Option 1 à la charge du salarié	Option 2 à la charge du salarié
Chambre particulière	30€ par jour	60 € par jour	**80 € par jour**
Lit accompagnant (-12 ans)	30€ par jour* *pour les – de 18 ans limité à 20 jours	45 € par jour	**60 € par jour**
Vignettes blanches et bleues	100 % BR	100 % BR	**100 % BR**
Vignettes oranges	100 % BR	100 % BR	**100 % BR**
Pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité Sociale		20 € par an et par bénéficiaire	**40 € par an et par bénéficiaire**
Soins dentaires secteur conventionné ou non conventionné	100 % BR	120 % BR	**150 % BR**
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale	150 % BR dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire ou 200 € par an et bénéficiaire	250 % BR	**300 % BR**
Prothèses dentaires non prise en charge par la Sécurité Sociale	150 % BR dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire ou 200 € par an et bénéficiaire	250 % BRR	**300 % BRR**
Orthodontie prise en charge la Sécurité Sociale	150 % BR	200 % BR	**250 % BR**
Orthodontie non prise en charge la Sécurité Sociale			**200 % BRR**
Implants dentaires		150 € par an et par bénéficiaire	**300 € par an et par bénéficiaire**
Monture adulte (18 ans et plus)*	100 € tous les deux ans et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire	**120 € par an et par bénéficiaire**
Monture enfant (- de 18 ans)	50 €par an et par bénéficiaire	80 € par an et par bénéficiaire	**100 € par an et par bénéficiaire**
Verre simple par verre*	50 € tous les deux ans et par bénéficiaire (adulte) par an pour enfants de moins de 18 ans	50 € par an et par bénéficiaire	**90 € par an et par bénéficiaire**
Verre progressif (par verre)*	60 € tous les deux ans et par bénéficiaire	75 € par an et par bénéficiaire	**125 € par an et par bénéficiaire**
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale (y compris lentilles jetables)*	50 € tous les deux ans et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire	**150 € par an et par bénéficiaire**
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale (y compris lentilles jetables)*	50 € tous les deux ans et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire	**150 € par an et par bénéficiaire**
Petit appareillage et orthopédie	100 % BR	150 % BR	**200 % BR**
Prothèse auditive prise en charge par la Sécurité Sociale	120 % BR	170 % BR	**250 % BR**
Traitement et honoraires des cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR	100 % BR	**100 % BR**

Liste des garanties	Option de base obligatoire	Option 1 à la charge du salarié	Option 2 à la charge du salarié
Voyage et hébergement pour la cure	100 % BR	150 € par an et par bénéficiaire	**200 € par an et par bénéficiaire**
Ostéopathie		20 € par séance et 3 séances maximum par an	**30 € par séance et 3 séances maximum par an**
Dépistage hépatite B	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins (compris dans les prestations de prévention : diphtérie, tétanos, poliomyélite) tout âge, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 8 ans, Rubéole pour certaines femmes, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques moins de 18 mois.	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait maternité adoption		100 €	150 €

** Hors évolution du niveau de vision sur prescription médicale, pour les adultes 18 ans et plus*

BR : base de remboursement Sécurité Sociale
BRR : base de remboursement Sécurité Sociale reconstituée
FR : frais réels

NB : Ces garanties s'appliquent sous réserve de garanties plus favorables définies par le décret à paraitre relatif au panier soin minimal. Si le décret était plus favorable que ces garanties ainsi définies, les parties se réuniraient au plus tard dans le mois suivant sa parution afin de réétudier le niveau de ces prestations

ARTICLE 5 : Prix maximal du régime de santé

Les garanties minimales exposées à l'article 4 ont été soumises aux assureurs de santé, dont l'appel d'offre est disponible auprès du SDD.
Ces derniers s'engagent à un prix maximal pour le régime de base pour le salarié bénéficiaire de 1,02% du PMSS maximum et ce pour une durée déterminée de deux années à compter de la date d'application de l'accord. Ce tarif devra faire l'objet d'une négociation spécifique avec l'assureur retenu afin de tenir compte du régime local particulier appliqué à la région Alsace Moselle en matière d'assurance maladie obligatoire complémentaire.

Les entreprises de la branche qui souhaiteraient signer un contrat avec un autre assureur de santé que ceux visés dans l'appel d'offre, pourront le faire en respectant les conditions des articles 4 et 5.

ARTICLE 6 : Financement du régime

Le financement du régime de base pour le distributeur est assuré par une cotisation à la charge de l'employeur correspondant à 50 % du montant défini et 50 % pour le distributeur.

Cette répartition, ainsi que la particularité du régime Alsace Moselle, feront l'objet d'une discussion avec les partenaires sociaux au bout de 2 ans d'application du présent accord, une fois que seront connus les ratios de sinistres à prime qui seront communiqués tous les ans aux organisations syndicales conformément aux dispositions de l'article 10 ci-après.

Toutes options éventuelles venant compléter le régime de base applicable au distributeur seront à sa charge exclusive et ce, quel que soit le niveau de garanties choisi par le bénéficiaire pour lui et éventuellement ses ayants droit.

Les cotisations telles que définies par le contrat de garanties obligatoires, dues par les salariés, sont prélevées mensuellement par l'employeur sur le bulletin de salaire. Le montant correspondant à des options complémentaires sera pris en charge directement par le salarié.

Le montant des cotisations ainsi fixé doit être garanti par l'assureur deux années à compter de la date de la signature du présent accord.

ARTICLE 7: Contrat responsable

Le présent régime ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré en cas de consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins ou en cas de refus du droit d'accès au dossier médical personnel ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et qu'il ne relève pas d'un protocole de soins ;
- la participation forfaitaire de l'assuré pour chaque acte ou consultation ;
- les franchises prévues au III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les salariés bénéficiaires du présent régime ont droit à un remboursement complémentaire à celui de la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur.

En application de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, les signataires du présent accord ont choisi de prendre en charge intégralement les prestations de prévention suivantes :

- Dépistage des troubles auditifs chez les plus de 50 ans
- Actes d'ostéodensitométrie chez les femmes de plus de 50 ans,

ARTICLE 8 : Maintien de la complémentaire « Frais de santé » en cas de suspension du contrat de travail et/ou de rupture du contrat

Le bénéfice des garanties doit être maintenu pendant les périodes de suspension pour lesquelles il y a maintien total ou partiel de salaire ou une indemnisation par la sécurité sociale et/ou l'entreprise.

En cas de rupture du contrat de travail la portabilité telle que définie par la loi de sécurisation pour l'emploi du 14 juin 2013 s'appliquera.

ARTICLE 9 : Gestion et règlement des dossiers « frais de santé »

Les modalités d'envoi des dossiers « frais de santé » à l'organisme assureur et leur règlement par celui-ci, sont définies dans la convention de gestion signée avec les assureurs santé ou gestionnaires de ces assureurs, choisis par les entreprises de la branche

ARTICLE 10 : Suivi du régime complémentaire « frais de santé »

Les entreprises de la branche s'engagent à fournir à l'issue de chaque année les documents, les rapports financiers, les analyses commentées et autres informations complémentaires nécessaires à la compréhension de l'évolution du régime, pour le 30 septembre de l'année civile au plus tard. Un point intermédiaire pourra être effectué lors d'une réunion de la commission mixte paritaire, à la demande d'une organisation syndicale ou de la partie patronale du SDD.

Cette documentation sera fournie aux conseillers techniques de branche afin qu'elle soit examinée lors d'une commission mixte.

ARTICLE 11 : 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 10 du présent accord.

ARTICLE 12 : Application et entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur à compter du 30 juin 2014, date d'effet du régime Frais de Santé.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Aucun accord d'entreprise ne peut modifier le présent avenant avec pour objet de modifier des dispositions qui seraient moins favorables aux salariés.

ARTICLE 13 : Révision ou dénonciation

Les dispositions du présent avenant pourront être révisées conformément aux dispositions légales applicables à la convention collective nationale de la distribution directe.

PCB LIL HE

Toute demande de révision devra être portée à la connaissance des autres parties signataires, par lettre recommandée avec accusé de réception ; elle devra comporter l'indication des points à réviser et des propositions formulées en remplacement.

Les dispositions du présent accord pourront être dénoncées par l'une ou l'autre des parties signataires conformément à l'article L. 2261-9 du Code du travail, ce qui produira les effets prévus aux articles L. 2261-10 ou L. 2261-11 du Code du travail.

ARTICLE 14 : Dépôt

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent accord est déposé en deux exemplaires (dont un support papier et un support électronique) par l'organisation professionnelle d'employeurs de la Distribution Directe, auprès des services du Ministère chargé du travail et en exemplaire unique auprès du secrétariat greffe du Conseil de prud'hommes de Paris.

Il fait par ailleurs l'objet d'une demande d'extension par les parties signataires.

Fait à Paris, le 31/01/2014

Organisation patronale (SDD) :

Patrick SCHUSTER, Président

Florent HUILLE, Vice-Président

Organisations syndicales :

CFDT, F3C, Pierre COMBE

CGT, Samira CHEURFI

FO, SNPEP, Hervé EMMERICH

CFTC, Postes et Télécommunications, Jacqui STOLL

CFE CGC, (SNCTPP), Kléber LEYGUE

SUD PTT, Azzam ZEGAOUI

ANNEXE

Exemple de répartition de la cotisation en l'état des discussions au moment de la signature du présent accord

Exemple :

Salarié couvert par l'option de base sur la base d'une cotisation globale à 32€/ mois, soit 1,02% du PMSS*, répartie 16€/mois pour le distributeur et 16€/mois pour l'employeur.

Cas 1 :

- Cotisation distributeur : 16€
- Cotisation employeur : 16€

Cas 2 :

Si le distributeur souhaite affilier un enfant :

- Cotisation distributeur : 16€ pour l'option de base + 17,63€, soit 0,56% du PMSS, pour l'enfant (total 33,63€)
- Cotisation employeur : 16€ pour l'option de base couvrant le distributeur

Cas 3 :

Si le distributeur souhaite affilier 2 enfants + conjoint:

- Cotisation distributeur : 16€ pour l'option de base + 35,36€ pour 2 enfants + 32 €, soit 1,02% du PMSS, pour le conjoint (total 83,36€)
- Cotisation employeur : 16€ pour l'option de base couvrant le distributeur

Ces montants ne sont pas contractuels et sont donnés à titre purement indicatif

*PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (3 129€ en 2014)