



La mise en place concrète au 1^{er} mai 2008 de la mutuelle santé obligatoire au sein des entreprises d'architecture

La Convention collective des Entreprises d'architecture conclue en février 2003 comportait à son chapitre XVI, un engagement de négociations ultérieures sur les frais de santé. L'accord du 5 juillet 2007 signé par l'Unsa et le Syndicat de l'Architecture, côté patronal, et la SYNATPAU-CFDT et la CFE-CGC BTP, côté salariés, en est l'aboutissement.

La mise en place de ce régime s'inscrit dans une volonté de valorisation et de solidarité de la profession. Une branche professionnelle qui entend propager la démarche qualité, faire monter le degré d'exigence de qualifications, mais aussi répondre aux attentes des salariés. Qu'il s'agisse d'en attirer de nouveaux ou de prendre en compte la santé de ceux déjà présents dans l'entreprise. Car le bien-être des salariés ne s'arrête pas à la porte de l'entreprise.

des entreprises d'architecture mi-avril; il devrait fournir toutes les informations complémentaires nécessaires. Un numéro d'appel sera également mis en service.

Tous les salariés de la branche bénéficieront à titre personnel de cette couverture santé.

Certains salariés ont toutefois, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire expressément la demande par écrit auprès de leur employeur dans un délai d'un mois à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans le délai d'un mois qui suit leur embauche.

La liste des dérogations possibles au caractère obligatoire est exhaustive. Sont seuls concernés les salariés sous contrat à durée déterminée, les salariés déjà couverts à titre obligatoire par leur conjoint, les salariés à employeurs multiples déjà couverts à titre obligatoire, ou les salariés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle. Les autres catégories de salariés auront donc l'obligation de souscrire quel que soit le niveau de leurs garanties antérieures par ailleurs.

Les entreprises qui auraient souscrit un régime collectif obligatoire antérieurement devront adhérer à l'organisme désigné par l'accord dès la dénonciation, à la première échéance contractuelle possible, des contrats souscrits auprès d'autres organismes ou pourront maintenir leurs anciens contrats en apportant la preuve à l'organisme désigné que les niveaux de prestations étaient supérieurs et que la quote-part de la cotisation à la charge du salarié était inférieure ou égale à celle du régime conventionnel.

Le montant de la cotisation de la mutuelle s'élève à 1,99 % du salaire brut dans les limites mensuelles minimales de 45 % du PMSS (soit 1 247,85 €) et maximales de 150 % du PMSS (soit 4 159,50 €). Employeurs et salariés participent conjointement à sa prise en charge à hauteur de 50 % chacun.

Des extensions facultatives permettent au salarié de couvrir volontairement ses proches. Le montant de la cotisation mensuelle supplémentaire fixé comme suit restant alors à la charge du bénéficiaire: cotisation « couple » + 1,80 % du salaire ou cotisation « famille » : + 4,16 %.

Les organisations signataires de l'accord ont visé un socle obligatoire de qualité. Les entreprises conservent toutefois la possibilité d'améliorer le régime conventionnel en faveur de leurs salariés ou d'une catégorie de ceux-ci (cadres – non-cadres). La répartition des taux, les niveaux des garanties ou l'étendu des bénéficiaires (couple – famille) pourront être modifiés selon différents actes juridiques et alors s'imposer à tous les salariés concernés.

Les régimes collectifs bénéficient de plusieurs avantages fiscaux et sociaux. Les cotisations obligatoires de complémentaire santé sont exonérées de charges sociales, déductibles des impôts sur le revenu des salariés et de l'assiette de cotisation de l'impôt sur les sociétés des entreprises.

Les entreprises devront informer au plus vite leurs comptables de l'ensemble des éléments relatifs au régime frais de santé qu'elles recevront des organismes, mais aussi du choix d'entreprise en matière de niveau de garanties et des choix individuels des collaborateurs en matière d'extension de garanties à leurs ayants droit.

L'intégralité des dispositions de l'accord frais de santé du 5 juillet 2007 et de son arrêté d'extension du 13 février 2008 a été publiée dans le complément « textes officiels » du Moniteur n° 5440 du 28 février 2008. Cette information générale ne répond pas à toutes les questions. Aussi, n'hésitez pas à faire appel aux **organisations signataires de l'accord**.

Alain MASSON
et **François DUDILLEUX**

Présidence de la Commission paritaire nationale de la négociation collective (CPNCC)

► Pour plus d'information

Union Nationale des Syndicats Français d'Architectes : juridique@unsfa.com

Syndicat de l'Architecture :

contact@syndarch.com

CFE-CGC : contact@cgcbtp.com

CFDT : cfdt@wanadoo.fr

CFTC : fede.batimattpcfct@noos.fr

CGT : construction@cgt.fr

CGT-FO : fabienne.pouly@wanadoo.fr



Nouveau complexe théâtral face à la Garonne, Toulouse, 2006, SCP Atelier 13 Arch., 2006, © César

Toutefois, comprendre le nouveau dispositif n'est pas toujours aisé, c'est pourquoi les partenaires sociaux tiennent à apporter les précisions suivantes :

► **L'accord instaure un régime obligatoire de frais de santé dans les entreprises d'architecture. Son entrée en vigueur aura lieu le 1er mai 2008.** Les droits seront ouverts pour tous les frais engagés par les salariés à compter de cette date, sans condition d'ancienneté et, ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

► **Les institutions de prévoyance exclusivement désignées par l'accord** sont d'une part IONIS PREVOYANCE pour l'Ile-de-France, l'Aube, l'Eure et Loir, la Marne et l'Yonne et d'autre part l'URRPI MEC (Groupe Malakoff) pour l'ensemble des autres départements.

Un kit d'adhésion sera diffusé à l'ensemble

TABLEAU DES GARANTIES (HORS ALSACE MOSELLE) ARTICLE 5.2 DE L'ACCORD DU 5 JUILLET 2007

POSTES DE SOINS	GARANTIE FRAIS DE SANTE
Hospitalisation chirurgicale et médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des frais réels ⁽¹⁾ Etablissements non conventionnés : 90 % des frais réels dans la limite de 50% du PASS par bénéficiaire et par an ⁽¹⁾
Lit d'accompagnant (enfants âgés de moins de 16 ans)	Frais réels dans la limite de 1,5% du PMSS par jour
Chambre particulière (y compris maternité)	Frais réels dans la limite de 3% du PMSS par jour
Forfait hospitalier	Frais réels
Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité dans la limite des frais réels justifiés non déjà remboursés sur les autres postes (y compris amniocentèse, fécondation in vitro)	Frais réels dans la limite de 10% du PMSS
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste	30% BR
Analyses et auxiliaires médicaux	40% BR
Frais de déplacement	30% BR
Frais d'électroradiologie et radiothérapie	30% BR
Actes techniques médicaux, petite chirurgie	30% BR
Frais de transport	35% BR
Prothèses médicales diverses (orthopédie ...)	35% BR
Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an /bénéficiaire)	Frais réels ⁽¹⁾ dans la limite de 20% PMSS
Frais pharmaceutiques remboursés	Vignettes blanches 35% BR / Vignettes bleues 65% BR / Vignettes oranges 15% BR
Vaccins non remboursés	Frais réels dans la limite de 1,5 % du PMSS / bénéficiaire / an
Soins dentaires	30% BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	Frais réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 300 % BR par dent
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	12% PMSS par dent
Implantologie dentaire (par an et par bénéficiaire)	12% PMSS
Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité Sociale (pour les enfants de moins de 16 ans uniquement)	Frais réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 100 % BR
Optique : verres, montures et lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris lentilles jetables)	Frais réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 11 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les unifocaux + montures et lentilles 19 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les verres progressifs + montures et lentilles Consommation d'un seul forfait par an
Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement)	Frais réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 10 % du PMSS / bénéficiaire / an

⁽¹⁾ sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale

Actes de prévention ⁽²⁾ :

- détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum : (remboursement sur les bases des soins dentaires : SC 12) :TM
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un 1er bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans (remboursement sur les bases d'un tarif conventionné chez un orthophoniste conventionné : AMO 24) :TM
- vaccins DT Polio, tous âges : TM.

⁽²⁾ actes choisis dans une liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006, en application de l'article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale.



Aménagement d'une grange en centre d'accueil avec restauration et oratoire à Saint-paul d'Espis, R.T.H. architectes Arch., © architectes

Glossaire :

BR (base de remboursement de la sécurité sociale),
TM (différence entre base de remboursement et le remboursement effectif),
PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale),
PASS (plafond annuel de la sécurité sociale).



Quelques précisions concernant l'accord du 5 juillet 2007 relatif au régime de mutuelle complémentaire

La convention collective nationale des entreprises d'architecture du 23 février 2003 (n°2332) prévoit dans son chapitre XVI que les partenaires sociaux s'engagent à négocier une mutualisation des frais de santé pour tous les salariés dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur de la convention collective.

Dans ce cadre, un accord du 5 juillet 2007 établissant un **régime de mutuelle santé obligatoire** a été conclu par les partenaires sociaux. Il s'applique obligatoirement aux salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises d'architecture.

L'arrêté d'extension a été publié au Journal Officiel du 16 février 2008 : les dispositions de cet accord entreront en vigueur le **1er mai 2008**.

En pratique, quelles conséquences pour les entreprises d'architecture ?

Les entreprises d'architecture qui ne disposent d'aucun régime frais de santé au 1er mai 2008

L'adhésion à l'un des deux organismes désignés dans l'accord du 5 juillet 2007 est **obligatoire à compter du 1er mai 2008**.

Les entreprises n'ont pas le choix de leur organisme assureur.

► Les entreprises d'architecture dont le siège social est situé dans la région Ile-de-France soit Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise et dans les départements de l'Aube, d'Eure-et-Loir, de la Marne et de l'Yonne, doivent obligatoirement souscrire une mutuelle complémentaire santé auprès de :

IONIS Prévoyance (institution membre de IONIS),
50, route de la Reine, BP 85,
92105 Boulogne-Billancourt Cedex

► Les entreprises d'architecture dont le siège social est situé dans les autres départements doivent obligatoirement souscrire la mutuelle santé auprès de :

URRPIIMMEC (institution membre du Groupe Malakoff),
75, avenue du Centre, Guyancourt,
78287 Saint-Quentin-en-Yvelines Cedex

NB : Certains salariés pourront ne pas adhérer à la mutuelle :

- les salariés sous contrat à durée déterminée
- les salariés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire instituée dans le cadre de la CMU
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi

- les salariés qui bénéficient déjà, d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé par leur conjoint.

L'employeur devra informer ces salariés du fait que leur adhésion est facultative. Ils devront expressément formuler leur volonté de ne pas adhérer dans le délai d'un mois à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise.

Les entreprises d'architecture qui ont déjà mis en place un régime collectif de remboursement de frais de santé

L'accord prévoit la possibilité de conserver la mutuelle santé existante aux conditions suivantes :

1. Le régime mis place par l'entreprise d'architecture doit être obligatoire :

Sont considérés comme obligatoires, les régimes mis en place :

- soit par accord collectif d'entreprise (négocié entre l'employeur et un délégué syndical ou à défaut, avec les représentants du personnel)
- soit par accord référendaire de l'ensemble des salariés (accord ratifié par la majorité des salariés)
- soit par décision unilatérale de l'employeur (en principe cette décision doit être constatée par un écrit remis par l'employeur à chaque salarié).

Le régime doit avoir été souscrit auprès d'un organisme habilité : institution de prévoyance, mutuelle ou entreprise d'assurance.

NB : Si le régime mis en place au sein de l'entreprise d'architecture n'est pas considéré comme un régime obligatoire, l'entreprise est en principe tenue d'adhérer à un des deux organismes désignés par l'accord du 5 juillet 2007.

2. Le régime mis place par l'entreprise d'architecture doit être plus favorable que celui prévu par l'accord du 5 juillet 2007

L'entreprise d'architecture doit apporter la preuve à IONIS ou URRPIIMMEC :

- que les niveaux de prestations de la mutuelle complémentaire santé qu'elle a souscrite sont supérieurs, l'appréciation se faisant globalement (aucune garantie inférieure et au moins une garantie supérieure)

Groupe scolaire à Castelnau d'Estrétefonds, 2005, G.G.R. architectes Arch.,
© Patrick Tourneboeuf Tendance Floue



► et que la quote-part de la cotisation à la charge du salarié est inférieure ou égale à celle du régime imposé par l'accord du 5 juillet 2007.

Cet accord ne donne aucune méthode permettant d'effectuer une comparaison. Il ne tient compte que du niveau quantitatif, en occultant le qualitatif (délais de remboursement en particulier).

Pour effectuer cette comparaison il est toutefois très important de prendre en compte les éléments suivants :

1. Pour comparer le montant de la cotisation, il faut déterminer s'il couvre uniquement les frais de santé du salarié ou également ceux de son conjoint et de sa famille

L'article 4.1 de l'accord du 5 juillet 2007 prévoit que seule l'adhésion du salarié est obligatoire.

Le montant de la cotisation de base ne prend donc en charge que les remboursements de santé du salarié et pas ceux de sa famille. Et la prise en charge de 50 % du montant par l'employeur ne concerne que cette cotisation.

Montant de la cotisation mensuelle de base = 1,99 % du salaire brut déclaré à l'URSSAF, dans les limites mensuelles suivantes : salaire minimum pris en compte : 45 % du PMSS¹ et salaire maximum pris en compte : 150 % du PMSS.

Toutefois, l'accord du 5 juillet 2007 prévoit que le salarié pourra opter facultativement, moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire, pour une extension de la garantie frais de santé à tout ou partie de sa famille, soit en optant pour la couverture « couple », soit en optant pour la couverture « famille ».

Au montant de la cotisation mensuelle de base, il convient donc d'ajouter :

► si le salarié opte pour une cotisation « couple » (la couverture « couple » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint, concubin notoire ou PACS ou de son enfant à charge) : 1,80 % du salaire brut

► si le salarié opte pour une cotisation « famille » (la couverture « familiale » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille) : 4,16 % du salaire brut.

Le montant de cette cotisation mensuelle supplémentaire est entièrement à la charge du salarié.

Donc pour pouvoir faire une comparaison rationnelle, il faudra vérifier ce que couvre le montant de la cotisation due par le salarié au titre du régime qui a été mis en place dans l'entreprise d'architecture.

La garantie est-elle plus étendue (conjoint et enfants du salarié) ?
Que comprennent les 50 % pris en charge par l'employeur ?

2. Pour comparer les prestations

L'accord du 5 juillet 2007 ne donnant aucune méthode et chaque compagnie d'assurance utilisant son propre langage, nous vous recommandons d'effectuer une analyse globale.

N'hésitez pas à consulter vos salariés pour leur demander ce qu'ils en pensent.

Ce sont eux les premiers concernés, ils sauront donc vous expliquer les avantages à la fois quantitatifs (en termes de remboursement notamment des frais d'hospitalisation, des soins dentaires et de l'optique) et qualitatifs (en terme de délais de remboursement) de la mutuelle qui a été souscrite au sein de l'entreprise.

Lydia Di Martino

Service juridique du CNOA

¹ Le plafond de la sécurité sociale (PMSS) pour 2008 est de 2773 €.



Conditions d'exonération fiscales et sociales des contrats complémentaire santé

Depuis le 1er janvier 2006, pour que les incitations prévues au niveau du régime de base de la sécurité sociale ne fassent pas l'objet d'une compensation généralisée et intégrale par les complémentaires santé, le cadre juridique des contrats complémentaires a été modifié. Le maintien des avantages fiscaux et sociaux de ces contrats est maintenu sous réserve du respect d'un certain nombre de critères (dispositif des contrats dits « responsables »).

Les contrats dits responsables doivent respecter des niveaux minimums de remboursement complémentaire pour certaines consultations et prescriptions dans le cadre du parcours de soins :

► consultation du médecin traitant : remboursement complémentaire au minimum égal à 30 % du tarif de convention

► médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 65 % du tarif de convention (sur prescription du médecin traitant) : remboursement complémentaire au minimum égal à 30 % du tarif de convention.

► analyses médicales (sur prescription du médecin traitant) : remboursement complémentaire au minimum égal à 35 % du tarif de convention.

Si le régime de complémentaire santé souscrit par l'entreprise d'architecture répond à ces conditions, il est alors possible de bénéficier :

► d'une exonération de charges sociales pour les cotisations versées par les employeurs au titre de contrats d'assurance complémentaire santé collectifs et obligatoires,

► de la déductibilité fiscale du bénéfice de l'entreprise des cotisations versées par les employeurs au titre de contrats d'assurance complémentaire santé collectifs et obligatoires,

► de la déductibilité fiscale du revenu imposable des cotisations versées par les salariés au titre de contrats d'assurance complémentaire santé collectifs et obligatoires,

► de l'exonération de la taxe de 7 % sur les conventions d'assurance pour les contrats d'assurance complémentaire santé ne prévoyant pas de sélection médicale à l'entrée.