

AVENANT n°39 du 03 juillet 2014 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ORGANISMES ET SERVICES POUR JEUNES TRAVAILLEURS DU 16 JUILLET 2003

Relatif au régime de prévoyance et frais de santé

ARTICLE 1 :

Le présent avenant annule et remplace les avenants n°20 / n°21 / n°22 / n°22bis / n°23 / n°25 / n°30 / n°33 et n°35 de la convention collective nationale.

ARTICLE 2 :

L'article 17.1 intitulé « bénéficiaires » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.1 - Bénéficiaires

Le régime de prévoyance « risques décès et arrêt de travail » s'inscrit dans la continuité avec celui mis en place le 1^{er} avril 1977. Il le remplace et le modifie en application des lois et des décisions des organismes syndicaux signataires.

Chaque salarié embauché dans un organisme entrant dans le champ d'application de la présente convention sera inscrit, dès son entrée en fonction, à un régime de prévoyance dans les conditions stipulées dans les articles ci-après.

Il est convenu que les présentes dispositions se situent dans le cadre des règles des organismes de la sécurité sociale qui reste le régime principal ; elles viennent en complément de celles-ci et, pour leur application, les contrôles des organismes de la sécurité sociale sont seuls valables, à l'exception des dispositions concernant les garanties pour les salariés n'ayant pas de droits ouverts à la sécurité sociale.

Les cadres s'entendent aux termes du présent régime comme le personnel affilié à l'AGIRC institué par la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Les non cadres s'entendent aux termes du présent régime comme le personnel n'étant pas affilié à l'AGIRC institué par la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Pour le personnel affilié à l'AGIRC relevant de l'article 7 de la Convention Collective Nationale de Retraite et de Prévoyance des cadres du 14 mars 1947, chaque employeur a l'obligation de cotiser à hauteur de 1,5 % minimum de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de Sécurité Sociale (TA), à un organisme de prévoyance.

Cette cotisation à la charge exclusive de l'employeur devra obligatoirement être affectée en priorité, soit pour plus de la moitié, à la couverture d'avantages en cas de décès.

L'indemnisation pour une période donnée ou pour un acte donné est due au salarié, à condition qu'il soit pris en charge pour cette période ou pour cet acte donné par les organismes de la sécurité sociale. Cette condition n'est pas nécessaire pour le versement du capital décès et des rentes de survie et pour les garanties arrêt de travail concernant les salariés n'ayant pas de droits ouverts à la sécurité sociale.

1
JRF NR DC 9/7

ARTICLE 3 :

L'article 17.2 intitulé « Garantie décès, invalidité permanente et absolue » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.2 - Garantie décès, invalidité permanente et absolue

Un capital sera versé en une seule fois :

- au bénéficiaire désigné par le salarié, en cas de décès de celui-ci survenu avant son départ en retraite ;
- au salarié avant son départ en retraite, en cas d'invalidité permanente et absolue de la troisième catégorie de la sécurité sociale,

La base de calcul de ce capital est fixée à 12 fois le salaire brut mensuel, tel que défini à l'article 6 du présent avenant. La part de ce capital reversée au bénéficiaire se fait à raison de :

- 75 % pour le salarié célibataire, veuf ou divorcé.
- 75 % pour le salarié marié ou pacsé.
- Il est ajouté une majoration de 20 % par enfant qui était à la charge du salarié au moment du décès.

- Dispositions particulières aux salariés cadres : le capital versé en cas de décès est fixé à 300 % de la tranche A et 150 % de la tranche B de la base de calcul définie ci-dessus pour cette catégorie de personnel auquel s'ajoute 25 % sur les tranches A et B par enfant à charge.

Pour l'application de la garantie décès, on entend par enfant à charge l'enfant de moins de 18 ans ou de moins de 26 ans s'il est justifié qu'il continue ses études, et sans limitation d'âge, si celui-ci possède la carte de grand invalide au sens de la sécurité sociale.

A défaut de désignation de bénéficiaire sous pli scellé remis à l'organisme employeur ou sous toute autre forme juridique à la convenance du salarié, le capital sera versé :

- en premier lieu, au conjoint ;
- ensuite, et par parts égales, aux enfants du salarié, légitimes, reconnus ou adoptés, vivants ou représentés, et à défaut à ses petits-enfants ;
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants, et, à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants ;
- enfin à défaut de tous les susnommés, le capital garanti est versé aux héritiers selon les règles successorales.

ARTICLE 4 :

L'article 17.3 intitulé « Allocation obsèques » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.3 - Allocation obsèques et rente éducation

Article 17.3.1 – Allocation obsèques

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou de l'un de ses enfants de 12 ans et plus à charge, il est versé une allocation forfaitaire égale à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

2
JGF DL GA.
NR

Article 17.3.2 – Rente éducation

En cas de décès de l'assuré ou d'Invalidité Permanente Absolue de l'assuré (3e catégorie de la Sécurité sociale), il est versé au profit de chacun des enfants à charge au moment du décès ou de la mise en Invalidité Permanente Absolue :

- une rente fixée à 10% du salaire annuel de référence tranches A et B (*) jusqu'au 18ème anniversaire ;
- une rente fixée à 10% du salaire annuel de référence tranches A et B (*) jusqu'au 26ème anniversaire s'il est en apprentissage, poursuit des études ou est demandeur d'emploi non bénéficiaires des allocations chômage.

Cette rente éducation est assurée par l'OCIRP.

La revalorisation est fixée chaque année, en fonction du coefficient décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

Le versement des rentes éducation cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant atteint son 18ème anniversaire et, au plus tard, son 26ème anniversaire s'il est en apprentissage, poursuit des études ou est demandeur d'emploi non bénéficiaires des allocations chômage.

Article 17.3.3 – Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18ème anniversaire, sans condition,
- jusqu'à leur 26ème anniversaire sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel,
 - d'être en apprentissage,
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
- inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
- ou stagiaires de la formation professionnelle,
- d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation d'âge pour les enfants, qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont atteints d'une incapacité permanente avant leur 21ème anniversaire, d'un taux égal ou supérieur à 80% reconnu au sens de à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables ainsi que les enfants recueillis (c'est à dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou partenaire lié par un PACS de l'assuré décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire).

ARTICLE 5 :

L'article 17.4 intitulé « Incapacité temporaire totale pour maladie, accident du travail et maladie professionnelle » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.4 - Incapacité temporaire totale pour maladie, accident du travail et maladie professionnelle

En cas d'arrêt de travail, il sera versé au salarié à compter du 61^{ème} jour d'arrêt continu ou discontinu une indemnité journalière de prévoyance (IJP) égale à :

- 28 % de la 30^{ème} partie du salaire brut mensuel précédant l'arrêt de travail, sur la Tranche A de salaire (tranche inférieure ou égale au plafond de la Sécurité Sociale) par suite de maladie et accident autre qu'un accident de travail ou maladie professionnelle.
- 78 % de la 30^{ème} partie du salaire brut mensuel précédant l'arrêt de travail, sur la Tranche B de salaire (tranche excédant le plafond de la Sécurité Sociale) par suite de maladie et accident autre qu'un accident de travail ou maladie professionnelle.
- 18 % de la 30^{ème} partie du salaire brut mensuel précédant l'arrêt de travail, sur la totalité du salaire (Tranche A et Tranche B) en cas d'accident de travail ou maladie professionnelle.

Les prestations cessent d'être versées lors de la survenance du premier des événements ci-après :

- Lorsque le salarié ne perçoit plus les indemnités journalières de Sécurité sociale
- dès que le salarié reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique au plus tard au 1095^{ème} jour d'indemnisation
- et en tout état de cause :
 - à la veille de la date à laquelle le participant est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle)
 - à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail. (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi retraite)

Le total de cette indemnisation, comprenant les indemnités journalières brutes de Sécurité Sociale et les indemnités journalières du présent régime de prévoyance, doit être limité à 83 % du salaire brut d'activité précédant l'arrêt, revalorisé en application de l'article 17.9 de la présente convention.

Cette garantie vient en relais de la Garantie Employeur décrite aux articles 12.3 et 13.6 de la présente convention.

Pour les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture aux prestations en nature et en espèce de la Sécurité sociale, il leur sera versé des indemnités journalières calculées selon les pourcentages définis ci-dessus à partir d'une reconstitution théorique des garanties de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 6 :

L'article 17.5 intitulé « Invalidité permanente totale ou partielle et incapacité permanente professionnelle » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.5 - Invalidité permanente totale ou partielle et incapacité permanente professionnelle

En cas d'invalidité permanente totale de 2^e ou 3^e catégorie, dont le taux est égal ou supérieur à 66 %, reconnue par la Sécurité Sociale, ou pour les salariés non indemnisés par la Sécurité Sociale (ne remplissant pas les conditions d'ouverture aux prestations en nature et en espèce de la Sécurité sociale) par le médecin contrôleur de l'organisme gestionnaire du régime, sur avis du médecin traitant, ou en cas d'incapacité permanente professionnelle supérieure à 66 %, il sera versé une rente jusqu'au service de la pension vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail.

Cette rente est égale à :

- 26 % de la 30^e partie du salaire brut mensuel précédant l'arrêt de travail, sur la Tranche A du salaire, et revalorisé,
- 76 % de la 30^e partie du salaire brut mensuel précédant l'arrêt de travail, sur la Tranche B de salaire, et revalorisé.

Le total de cette indemnisation, comprenant les indemnités brutes de la Sécurité Sociale et l'Indemnité brute du présent régime de prévoyance, doit être limité à 83 % du salaire brut d'activité revalorisé en application de l'article 17.9 de la CCN.

Le salarié reprenant une activité partielle rémunérée et reconnu en invalidité partielle par la Sécurité Sociale, ou pour les salariés non indemnisés (ne remplissant pas les conditions d'ouverture aux prestations en nature et en espèce de la Sécurité sociale) par le médecin contrôleur de l'organisme gestionnaire du régime, continue à percevoir une rente d'invalidité complémentaire du régime de prévoyance, à condition que la rémunération totale perçue par lui (salaire, rente Sécurité Sociale, rente complémentaire Prévoyance) soit au plus égale au salaire revalorisé précédant l'arrêt de travail.

ARTICLE 7 :

L'article 17.6 intitulé « Prise en charge du congé maternité » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.6 - Prise en charge du congé maternité

Les périodes de congés pour maternité sont exclues des garanties prévues aux articles 17.2, 17.4 et 17.5 du présent texte sur la tranche A des salaires.

Une indemnité journalière servie par le régime de prévoyance (IJP) s'élevant à 78 % de la 30^e partie du salaire brut mensuel est servie sur la tranche B du salaire. La part de la tranche B prise en compte est limitée à 1,5 fois le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale.

ARTICLE 8 :

L'article 17.7 intitulé « Chômage total » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.7 - Chômage total

Les garanties stipulées à l'article 17.2 ci-dessus, en cas de décès ou d'invalidité permanente totale, restent acquises à tout salarié en chômage total bénéficiant des allocations chômage, et ce pendant une période maximale de 6 mois consécutifs à compter de la date de mise en chômage. Cette modification ne s'accompagne d'aucune cotisation supplémentaire.

5
JBF DL GA.
NR

ARTICLE 9 :

L'article 17.8 intitulé « Exonération de la cotisation décès » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.8 - Exonération de la cotisation décès

Le salarié reconnu en état d'incapacité temporaire totale (art. 17.4) ou d'invalidité (art. 17.5) continue à avoir droit à la garantie décès sans versement de cotisation pendant la durée où il bénéficie du droit aux prestations.

ARTICLE 10 :

L'article 17.9 intitulé « Indexation des indemnités et rentes » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.9 - Indexation des indemnités et rentes

Les indemnités et rentes versées au titre des articles 17.2, 17.4 et 17.5 ci-dessus sont revalorisées trimestriellement suivant la variation de l'indice général trimestriel des taux des salaires horaires, publié par l'INSEE et le ministère du travail.

ARTICLE 11 :

L'article 17.10 intitulé « Taux de cotisation pour le régime de prévoyance » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.10 - Taux de cotisation pour le régime de prévoyance

« RISQUES DECES ET ARRET DE TRAVAIL »

Cotisations uniquement à charge du salarié	Tranche A	Tranche B
NON CADRES : incapacité totale et maternité	0.46%	1.19%
CADRES : incapacité totale et maternité	0.46%	1.19%

6
JPF BL JF
NR

Cotisations uniquement à charge de l'employeur	Tranche A	Tranche B
NON CADRES : Décès, invalidité permanente totale et allocation obsèques	0,14 %	0,14 %
NON CADRES : Rente éducation	0,10 %	0,10%
CADRES : Décès, invalidité permanente totale et allocation obsèques	0.70%	0.70%
CADRES : Rente éducation	0,10 %	0,10 %
NON-CADRES : INVALIDITE permanente totale ou partielle	0.56%	1.28%
CADRES : INVALIDITE permanente totale ou partielle	0.36%	0.82%
REPRISE ENCOURS	0,05 %	0.05 %

ARTICLE 12 :

L'article 17.11 intitulé « Définition du salaire » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.11 - Définition du salaire

La base de calcul du salaire brut mensuel retenu pour l'application des dispositions des articles 17.2 à 17.6 du présent avenant correspond au salaire de base prévu à l'article 16. 3. 1 de la convention collective nationale complété le cas échéant de l'indemnité de passage, du complément d'ancienneté et des points professionnels des 3 derniers mois d'activité précédant le début de l'arrêt de travail.

7
JPF BZ GA
NA

ARTICLE 13 :

L'article 17.12 intitulé « Envoi des dossiers au régime de prévoyance » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.12 - Envoi des dossiers au régime de prévoyance

Les modalités d'envoi des dossiers décès et arrêt de travail à l'institution de prévoyance gestionnaire du présent régime et leur règlement sont définis dans le protocole d'accord de gestion administrative conclu entre les signataires de la présente convention et les organismes recommandés pour la gestion.

ARTICLE 14 :

L'article 17.13 intitulé « Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.13 - Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance

Le régime de prévoyance est administré par la commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance telle que prévue à l'article 2.4 de la présente convention.

L'organisme gestionnaire communique chaque année les documents financiers, les analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, pour le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice au plus tard, ainsi que les informations et documents complémentaires qui pourraient s'avérer nécessaires, conformément à la convention de gestion.

ARTICLE 15 :

L'article 17.14 intitulé « Organisme gestionnaire « Risque décès et arrêt de travail » » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.14 - Organisme gestionnaire « Risque décès et arrêt de travail »

Les employeurs relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003 ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des dispositions du présent régime.

Pour ce faire, les partenaires sociaux recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la Commission Paritaire nationale auprès des organismes assureurs ci-après mentionnés :

-HUMANIS PREVOYANCE Institution de Prévoyance régie par le Titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale – membre du groupe Humanis - siège social : 7 rue de Magdebourg – 75116 PARIS

-MUTEX entreprise régie par le code des Assurances, SIREN 529219040, sis 125 avenue de Paris 92327 CHATILLON CEDEX et MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale, SIREN 775691181, sise 21 rue Lafitte 75009 PARIS, co assureurs du régime. La gestion des risques est déléguée à 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.

-OCIRP Institution de Prévoyance régie par le Titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale - siège social : 17, rue de Marignan 75008 PARIS

ARTICLE 16 :

L'article 17.15 intitulé « Révision des conditions de mutualisation et de recommandation » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.15 - Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder à un réexamen des conditions de mutualisation des garanties du présent texte tous les 5 ans à compter de la date de signature de la convention collective nationale.

De plus, en cas de non-respect des dispositions du protocole d'accord de gestion administrative du régime de prévoyance conclu avec les organismes de prévoyance recommandés, par l'une ou l'autre des parties, les partenaires sociaux ou les organismes de prévoyance pourront demander sa résiliation tout en respectant un préavis de 1 an.

ARTICLE 17 :

L'article 17.16 intitulé « Date d'effet du régime de prévoyance risque décès et arrêt de travail » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.16 - Date d'effet du régime de prévoyance risque décès et arrêt de travail

Pour permettre au régime de prévoyance de réexaminer les contrats en cours au regard des dispositions du chapitre XVII, le régime de prévoyance risque décès et arrêt de travail prend effet au 1^{er} janvier 2015.

ARTICLE 18 :

L'article 17.17 intitulé « Maintien de l'assurance décès en cas de congés spéciaux » est annulé et remplacé comme suit :

Article 17.17 - Maintien de l'assurance décès en cas de congés spéciaux

Lorsque le contrat de travail est suspendu pour congés spéciaux d'une durée supérieure à 1 mois (notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, ou tout autre congé sans solde), les garanties arrêt de travail sont suspendues. Cette suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Les garanties décès sont maintenues, sans cotisations, à tout salarié dont le contrat de travail est suspendu.

ARTICLE 19 :

Un nouvel article 17.18 intitulé « Fonds social de la branche des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs » est intégré à la présente convention collective nationale comme suit :

Les partenaires sociaux de la branche des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs, ont convenu de créer un fonds d'action sociale prévoyance dédié à la branche organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs.

9
JFF BC GA.
NR

Le fonds social est destiné à la mise en œuvre des actions sociales de solidarité et de prévention visant à préserver ou améliorer collectivement ou individuellement la situation des salariés qui connaissent ou sont susceptibles de connaître des difficultés et ce, quelle qu'en soit l'origine.

Le règlement du fonds d'action sociale précisera les règles de fonctionnement du fonds et les modalités d'attribution des aides.

Le fonds social ainsi constitué est dénommé « fonds social de la branche organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs ».

ARTICLE 20 :

L'article 18.1 intitulé « Bénéficiaires du régime de prévoyance « frais de santé » » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.1 - Bénéficiaires du régime de prévoyance « frais de santé »

18.1.1 - Bénéficiaires à titre obligatoire prévus par le présent chapitre

Le régime de prévoyance frais de santé s'inscrit dans la continuité avec celui mis en place le 1er avril 1977. Il le remplace et le modifie en application des lois et des décisions des organismes syndicaux signataires.

Pour être admis à l'assurance, le salarié doit :

- appartenir au groupe assuré,
- être affilié à la sécurité sociale ;
- être sous contrat de travail (toutefois n'est pas admis à l'assurance le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour congés spéciaux d'une durée supérieure à 1 mois, notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, ou tout autre congé sans solde).

Chaque salarié d'une association gestionnaire de foyers et services aux jeunes travailleurs sera inscrit à compter du premier jour du mois suivant le 61^e jour d'activité dans l'association à un régime de prévoyance frais de santé dans les conditions stipulées dans les articles suivants.

Toutefois, à sa demande expresse, le salarié sera inscrit à ce régime dès sa prise de fonctions, la cotisation étant alors à sa charge exclusive pendant les 60 premiers jours d'activité.

Les bénéficiaires du présent régime ont droit à un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale pour les actes précisés aux articles 18. 2 et suivants de la convention collective nationale.

18.1.2 - Cas de dérogation au caractère obligatoire

L'adhésion des salariés visés à l'article 18.1.1 au régime est obligatoire.

Toutefois, les parties signataires du présent accord entendent permettre aux entreprises de la branche de mettre en œuvre les dispenses d'affiliation prévues par le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 complété par la circulaire du 25 septembre 2013.

Ces dispenses ne remettent pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale attachée au financement patronal du régime de remboursement de frais de santé, au profit :

- des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale (CMUC) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale. Dans ces cas, la dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS;
- les salariés en couple travaillant dans la même entreprise ont la possibilité pour l'un des deux membres du couple de s'affilier en tant qu'ayant droit de l'autre ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tous documents justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de remboursement de frais de santé ;
- les salariés à temps partiel auprès d'un seul employeur et apprentis, dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- à condition d'en justifier chaque année, des salariés bénéficiaires par ailleurs, y compris en qualité d'ayants-droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants-droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant-droit, en cas de non renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire ou à la demande du salarié.

Dans tous les cas, ces salariés doivent formuler leur demande de dispense d'affiliation par écrit. L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime. L'affiliation prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En cas de changement des dispositions légales ou réglementaires ainsi que de la doctrine fiscale ou sociale sur ces cas de dérogations au caractère obligatoire du régime expressément mentionnés dans le présent accord, ces modifications s'appliqueront automatiquement, de telle sorte que le système de garanties puisse continuer à être éligible aux avantages fiscaux et sociaux accordés par la loi.

ARTICLE 21 :

L'article 18.2 intitulé « Nature des garanties » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.2 - Nature des garanties

18.2.1 - Ensemble des actes pris en compte par la sécurité sociale

Remboursement du ticket modérateur conventionnel à partir des bordereaux de décompte de la sécurité sociale.

18.2.2 - Hospitalisation

Remboursement :

- du ticket modérateur ;
- du forfait hospitalier journalier ;
- d'un dépassement pour chambre particulière égal au maximum à 1,3 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par jour ;
- du lit accompagnant pour un enfant hospitalisé jusqu'à son 15e anniversaire sur prescription médicale.

18.2.3 - Cure thermale

Remboursement du ticket modérateur, à l'exclusion des frais de voyage et d'hébergement.

18.2.4 - Soins et prothèses dentaires

Le remboursement est porté du ticket modérateur à 300 % des remboursements de la sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

Le remboursement est fixé à 210 % du tarif de convention de la sécurité sociale, pour les soins et prothèses dentaires non pris en charge par la sécurité sociale.

18.2.5 - Dépenses d'optique

- Verres et Monture : Remboursement en complément de celui de la Sécurité sociale selon la grille optique ci-après, et dans la limite des frais réels.

- Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale : Remboursement en complément de celui de la Sécurité sociale d'un forfait égal à 5 % du Plafond mensuel de la Sécurité Sociale par année civile et par membre de la famille, dans la limite des frais réels.

Les remboursements au titre des « Verres et Monture » et au titre des « lentilles » se cumulent :

- pour les adultes : un remboursement par paire (2 verres + monture) tous les deux ans (sauf évolution sensible de la dioptrie supérieure ou égale à 0,5) et un remboursement annuel pour les lentilles.

- pour les enfants de moins de 18 ans : un remboursement annuel pour une paire (2 verres + monture) et pour les lentilles.

Grille optique	Adultes Le Remboursement est limité à 1 paire (2 verres et une monture) tous les deux ans (sauf évolution de la dioptrie)		Enfants < 18 ans Le Remboursement est limité à 1 paire (2 verres et une monture) par an		
	Type de verre	Code LPP	Forfait par verre	Code LPP	Forfait par verre
Verres					
Verres Simple Foyer, Sphérique					
sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	65,00 €	2242457, 2261874	45,00 €	
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	75,00 €	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	55,00 €	
sphère < -10 ou >+10	2235776, 2295896	85,00 €	2248320, 2273854	65,00 €	

JPF
ZC
NR
GA.

Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques				
cyindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	75,00 €	2200393, 2270413	55,00 €
cyindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2254868, 2284527	85,00 €	2219381, 2283953	65,00 €
cyindre > +4 sphère de -6 à +6	2212976, 2252668	95,00 €	2238941, 2268385	75,00 €
cyindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2288519, 229523	105,00 €	2206800, 2245036	85,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques				
sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	130,00 €	2264045, 2259245	90,00 €
sphère < -4 ou > +4	2245384, 2295198	150,00 €	2202452, 2238792	110,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques				
sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	140,00 €	2240671, 2282221	100,00 €
sphère < -8 ou > +8	2202239, 2252042	160,00 €	2234239, 2259660	120,00 €
Monture	Code LPP	Forfait par monture	Code LPP	Forfait par monture
	2223342	120,00 €	2210546	65,00 €

ARTICLE 22 :

L'article 18.3 intitulé « Garantie familiale » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.3 - Garantie familiale

La garantie « frais de santé » est de nature familiale en ce sens qu'elle bénéficie à l'ensemble des salariés et de leurs familles (conjoint ou concubin et enfants à charge, même si le conjoint n'est pas salarié du même employeur). »

Sont considérés comme à charge du participant, les enfants fiscalement à charge du participant ou de son conjoint, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient :

- Âgés de moins de 18 ans (sans justificatif) ;
- Âgés de moins de 26 ans et sur justificatif :
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.

Les enfants sont considérés comme à charge quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18ème anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant sont considérés comme à charge afin de bénéficier des dispositions des dispositions de l'article 18.13.

ARTICLE 23 :

L'article 18.4 intitulé « Extension des garanties » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.4 - Extension des garanties

Les garanties définies aux articles 18.2.1, 18.2.2, 18.2.3, 18.2.4 et 18.2.5 sont prorogées à la demande du salarié démissionnaire pendant un délai de 6 mois à compter de la date de fin de préavis. La cotisation est à la charge exclusive du salarié.

ARTICLE 24 :

L'article 18.5 intitulé « Taux de cotisation pour le régime de prévoyance « frais de santé » » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.5 - Taux de cotisation pour le régime de prévoyance « frais de santé »

COTISATION FRAIS DE SANTÉ	RÉGIME général	RÉGIME Alsace-Moselle
Cotisation totale	77 €	43 €
Part de la cotisation totale à charge du salarié	38,50 €	21,50 €
Part de la cotisation totale à charge de l'employeur	38,50 €	21,50 €

ARTICLE 25 :

L'article 18.6 intitulé « Envoi des dossiers au régime de prévoyance « frais de santé » et règlement » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.6 - Envoi des dossiers au régime de prévoyance « frais de santé » et règlement

Les modalités d'envoi des dossiers « frais de santé » à l'institution de prévoyance et leur règlement par celle-ci sont définis dans le protocole d'accord de gestion administrative signé entre les signataires de la convention collective nationale et les organismes de prévoyance recommandés pour la gestion du présent régime.

ARTICLE 26 :

L'article 18.7 intitulé « Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.7 - Commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance

Le régime de prévoyance est administré par la commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance telle que prévue à l'article 2.4 de la présente convention.

L'organisme gestionnaire communique chaque année les documents, les rapports financiers, les analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, pour le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice au plus tard, ainsi que les informations et documents complémentaires qui pourraient s'avérer nécessaires, conformément à la convention de gestion.

ARTICLE 27 :

L'article 18.8 intitulé « Organisme gestionnaire « Frais de santé » » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.8 - Organisme gestionnaire « Frais de santé »

Les employeurs relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003 ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des dispositions du présent régime.

Pour ce faire, les partenaires sociaux recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la Commission Paritaire nationale auprès des organismes assureurs ci-après mentionnés :

-HUMANIS PREVOYANCE Institution de Prévoyance régie par le Titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale – membre du groupe Humanis - siège social : 7 rue de Magdebourg – 75116 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
- EOVI 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

Et

- MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE, institution de prévoyance régie par le titre III du Livre IX du code de la Sécurité Sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 691 181 – Siège social : 21 rue Lafitte, 75009 PARIS

Ces mutuelles et Malakoff Médéric Prévoyance, 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. La gestion est confiée aux cinq mutuelles interprofessionnelles ADREA MUTUELLE, APREVA, EOVI MCD, HARMONIE MUTUELLE et OCIANE.

ARTICLE 28 :

L'article 18.9 intitulé « Révision des conditions de mutualisation et de désignation » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.9 - Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder à un réexamen des conditions de mutualisation des garanties du présent texte tous les 5 ans à compter de la date de signature de la convention collective nationale.

De plus, en cas de non-respect des dispositions du protocole d'accord de gestion administrative du régime de prévoyance conclu avec les organismes de prévoyance recommandés, par l'une ou l'autre des parties, les partenaires sociaux ou l'institution de prévoyance pourront demander sa résiliation tout en respectant un préavis de 1 an.

ARTICLE 29 :

L'article 18.10 intitulé « Date d'effet du régime de prévoyance frais de santé » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.10 - Date d'effet du régime de prévoyance frais de santé

Pour permettre au régime de prévoyance de réexaminer les contrats en cours au regard des dispositions du chapitre XIX, le régime de prévoyance frais de santé prend effet au 1er janvier 2015.

ARTICLE 30 :

L'article 18.11 intitulé « Maintien de l'assurance en cas de congés spéciaux » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.11 - Maintien de l'assurance en cas de congés spéciaux

Lorsque son contrat de travail est suspendu pour congés spéciaux d'une durée supérieure à un mois (notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, ou tout autre congé sans solde), le salarié peut demander auprès de l'organisme assureur à continuer de bénéficier du régime prévoyance frais de santé pendant la durée de ce congé.

L'employeur doit informer le salarié par écrit de la possibilité de maintenir l'assurance lors de son départ en congé.

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité.

Celle-ci est à la charge exclusive du salarié, sous réserve des dispositions suivantes :

- lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la cotisation du mois commencé est due dans les mêmes conditions que celle du personnel en activité ;
- lorsque le salarié termine son congé en cours de mois, la cotisation du mois commencé est due dans les mêmes conditions que celle du personnel en activité.

Le maintien de l'assurance prévu à cet article prend fin à la date de fin d'effet du congé ou de la rupture du contrat de travail du salarié.

ARTICLE 31 :

L'article 18.12 intitulé « Contrat responsable » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.12 - Contrat responsable

Le présent régime conclu en application du chapitre XVIII de la convention **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 ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18^e alinéa de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
- la participation forfaitaire de 1 € ;
- les franchises prévues au paragraphe III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, les signataires ont choisi de prendre en charge au titre du régime de prévoyance les actes de prévention suivants :

- 1 détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) ;
- 1 dépistage de l'hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- 1 scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14^e anniversaire ;
- 1 bilan du langage oral et / ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
- 1 dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.

Les vaccinations suivantes seules ou combinées :

- diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- coqueluche : avant 14 ans ;
- hépatite B : avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- haemophilus influenzae B ;
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

ARTICLE 32 :

L'article 18.13 intitulé « Couverture frais de santé des ayants droit en cas de décès du salarié » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.13 - Couverture frais de santé des ayants droit en cas de décès du salarié

Les ayants droit se voient maintenir la garantie Frais de santé pendant une durée d'un an (de date à date) à compter du jour du décès du salarié, et ceci sans cotisation.

17
JRF BC NR

Au-delà de cette durée, les ayants droit peuvent bénéficier du maintien de la couverture en souscrivant un contrat individuel aux conditions tarifaires prévues par le décret n° 90-769 du 30 septembre 1990 et avec des prestations identiques à celles définies au présent régime, à condition d'en faire la demande dans un délai de six mois suivant le décès.

L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

ARTICLE 33 :

L'article 18.14 intitulé « Maintien de la garantie frais de santé des anciens salariés » est annulé et remplacé comme suit :

Article 18.14 - Maintien de la garantie frais de santé des anciens salariés

18.14.1 - Maintien de garanties au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 :

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties « frais de santé » peuvent être maintenues sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- Les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

L'organisme gestionnaire adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale exposé au 18.14.2 du présent article .

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme gestionnaire dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant l'expiration du maintien au titre de l'article 18.14.2 du présent avenant.

Les cotisations applicables aux personnes visées par le présent article ne peuvent être supérieures de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

L'employeur est tenu d'informer le salarié, adhérent au régime de prévoyance, sur la possibilité de maintenir la garantie frais de santé avant la rupture de son contrat de travail. Cette obligation ne se confond pas avec celle de remettre au salarié la notice établie par l'assureur définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, prévue à l'article L 932-6 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations proposées sont identiques à celles prévues par le présent régime.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

18.14.2 - Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale

Conformément à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les salariés bénéficient, du maintien à titre gratuit des garanties « frais de santé » du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze mois. ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° 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 au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;

5° 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 mentionnée au premier alinéa.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants-droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

En revanche, les salariés bénéficiant d'une dispense d'affiliation au régime de prévoyance « frais de santé » ne bénéficient pas de la portabilité.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme gestionnaire, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

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

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance complémentaire, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage,
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès).
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'Organisme assureur.
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

La suspension des allocations du régime 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 financement de ce dispositif fait l'objet de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale) permettant aux anciens salariés de bénéficier de ce dispositif sans paiement de cotisations.

ARTICLE 34 :

Le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et pour les sinistres à compter de cette date, à l'exception des dispositions relatives au Maintien de la garantie frais de santé des anciens salariés dont la prise d'effet est fixée au 1er janvier 2014.

ARTICLE 35 :


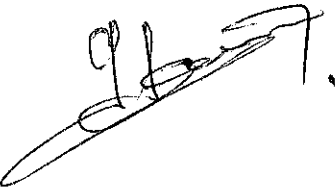


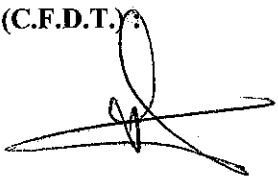
Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent avenant sera déposé en deux exemplaires auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant auprès du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du budget, conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 36 :

Aucun accord d'entreprise ne peut comporter des dispositions moins favorables aux salariés que le présent avenant.

Fait à Paris, le 3 juillet 2014 et signé par :

<p>Le Syndicat national employeur des foyers, résidences sociales et services (SNEFOS)</p>  <p>Jean-Pierre FONDÈRE</p>	<p>La Fédération CFTC, Santé et Sociaux :</p>  <p>Gérard SAUTY</p>	<p>La CGT-FO :</p>  <p>Denis LANGLOIS</p>	<p>La fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale, CFE-CGC :</p>  <p>Marie-Claude BATTEUX</p>
<p>La Fédération CFDT de santé et services sociaux (C.F.D.T.) :</p>  <p>Eric HOUBLOUP</p>	<p>L'union nationale des syndicats CGT des salariés des foyers et services pour jeunes travailleurs (UNS.CGT.FJT) :</p> <p>Ghislaine LE DIVECHEN</p>		