Cfdt: métallurgie

GROUPE THALES
www.cfdt-thales.com

Hypothèque sur la santé !

Pourquoi la CFDT n'a-t-elle pas signé cet accord ?

Le 12 février 2020, la direction vous a informés d' « avancées significatives en matière de santé et prévoyance ».

La modification de notre régime de protection sociale était rendue nécessaire par :

- La mise en conformité de notre contrat par rapport au 100% santé.
- L'intégration des salariés de DIS, d'Ercom et de Suneris à notre contrat.

La direction ne s'est pas arrêtée là. Elle y a rajouté :

- Une amélioration des garanties dentaires,
- La mise en place d'une «surcomplémentaire» obligatoire à 1€,
- Une baisse de cotisations Santé/Prévoyance.

Comment refuser de payer moins pour avoir plus ?

La CFDT a fait expertiser ces éléments, voilà ce qui en ressort :

- Impact 100% santé = **- 0,5 M€**
- Baisse cotisation 10% = **- 10 M€**
- Cotis. sur-complémentaire = **+ 1 M€**
- Garanties supplémentaires = **- xxx ? (non chiffrées car risque inconnu)**
- **Remb. sur-complémentaires** = **- 6 M€**
- **Aide intergénérationnelle** = **- 4 M€**
- **« conseil » de l'entreprise** = **- xxx ? (non communiqué par la direction)**

Soit un coût annuel > 20M€

Et une complémentaire santé responsable payant en partie les coûts d'une sur-complémentaire non responsable.

Quelles conséquences ?

Un compte de résultat du contrat dans le rouge dès la 1ère année :

⇒ Risque de disparition de l'aide financière à laquelle tous les salariés de Thales partant **à la retraite** peuvent prétendre.

⇒ Risque **d'augmentation** du niveau de **cotisations** à court terme.

La disparition de la reconnaissance « responsable » du contrat santé :

⇒ **Augmentation des taxes** sur les cotisations (20,27% au lieu de 13,27%).

⇒ Réintégration de la cotisation salariale dans l'impôt sur le revenu :

- **diminution de votre salaire net,**
- **risque de redressement fiscal des salariés.**

S'engager pour chacun, agir pour tous

ACCORD INSTITUANT UN REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE AUX GARANTIES COLLECTIVES « FRAIS DE SANTE » DU GROUPE THALES

Préambule

Le groupe Thales a mis en conformité son régime relatif aux frais de santé pour donner suite aux différentes réformes du contrat responsable (et notamment les décrets n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et n°2019-21 du 12 janvier 2019) qui ont instauré des plafonds et des planchers de remboursements afin d'encadrer les dépenses de santé.

Lors de l'examen du nouveau cahier des charges, il a été fait le constat d'une augmentation du reste à charge des garanties suivantes :

- Dépassements d'honoraires de médecins
- Optique
- Dentaire
- Médecines douces

Dans ce contexte, les partenaires sociaux ont décidé de la mise en place d'un régime collectif surcomplémentaire à adhésion obligatoire non-responsable. Le financement de ce régime ne bénéficie d'aucunes exonérations de charges sociales ou fiscales.

Le présent régime est formalisé conformément à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

1. Objet

Le présent accord a pour objet de mettre en place au bénéfice des salariés du groupe un régime de surcomplémentaire collectif de remboursement de frais médicaux à adhésion obligatoire portant sur les dépassements d'honoraires de médecins, l'optique, le dentaire et les médecines douces.

2. Salariés bénéficiaires

L'ensemble des salariés du groupe Thales bénéficient d'un régime surcomplémentaire obligatoire non responsable de remboursement de frais médicaux déterminé par le présent accord.

3. L'adhésion

L'adhésion à ce système de garanties des salariés visés à l'article 2 est obligatoire sans condition d'ancienneté.

Par exception aux dispositions du présent article, les salariés qui ont sollicité une dispense d'adhésion au titre du régime de base responsable, sont également automatiquement dispensés d'adhérer au présent régime.

En conséquence, dès lors que les salariés cesseront de justifier des conditions leur permettant de bénéficier d'une dispense d'adhésion au titre du régime de base responsable, ils seront également tenus d'adhérer et de cotiser au présent régime collectif surcomplémentaire de remboursement des frais médicaux.

4. Garanties

Les garanties telles qu'en vigueur à la date de prise d'effet du présent régime sont résumées, à titre d'information, dans le document joint en annexe 2. Elles relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur tout comme les modalités, limitations et exclusions de garantie.

5. Cotisations et répartition

La cotisation destinée au financement du régime s'élève à un montant total de 2,00€ par mois et par salarié (1 € au titre de l'employeur et 1 € au titre de l'employé).

La cotisation ouvre droit au bénéfice des garanties pour le salarié et ses ayants droit, tels que définis dans le contrat d'assurance et la notice d'information remise aux salariés qui sont affiliés à titre obligatoire.

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance seront prises en charge à 50% par l'employeur et à 50% par le salarié.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'entreprise et les salariés.

6. Evolution des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité, etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice des régimes frais de santé et prévoyance pour le salarié concerné.

Dans cette hypothèse, l'employeur maintiendra ses différentes contributions conformément à l'article 5 du présent accord. Le salarié devra acquitter la part salariale des cotisations calculée selon les règles prévues par le présent accord.

7. Portabilité

Les salariés dont le contrat est rompu garderont le bénéfice des garanties du présent régime frais de santé et prévoyance non responsable pendant leur période de chômage indemnisé en application des dispositions de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale dans les conditions et modalités prévues à cet article. Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations prévues à l'article 5 du présent accord.

8. Fonctionnement de l'accord

8.1 Périmètre de l'accord

Le présent accord est applicable dans l'ensemble des entités relevant du périmètre du groupe tel que défini à l'annexe 1 conformément à l'article L.2232-30 du code du travail.

En cas d'intégration d'une nouvelle société française au sein du groupe Thales, les parties signataires s'engagent, dans un délai de six mois et sous réserve de l'adaptation des dispositions conventionnelles en vigueur dans cette société, à conclure un avenant formalisant l'entrée de celle-ci dans le périmètre de l'accord.

8.2 Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le 1er janvier 2020.

Il se substitue à toutes les dispositions résultant d'accords Groupe collectifs en vigueur dans les sociétés relevant du périmètre du Groupe tel que défini à l'article 8.1 du présent accord.

8.3 Révision de l'accord

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L.2222-5, L.2222-6 et L.2261-7 à L.2261-13 du code du travail.

En cas de révision, cette dernière sera notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres syndicats représentatifs dans le champ d'application de l'accord.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

8.4 Dénonciation

Conformément aux articles L.2222-6 et L.2261-9 et suivants du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L.2261-9 du code du travail. Une nouvelle négociation peut alors s'engager, à la demande d'une des parties intéressées, dans les trois mois qui suivent le début du préavis en vue de conclure un nouvel accord, avant l'expiration du délai de préavis.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois. En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la

dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance de la convention d'assurance collective.

La résiliation, par l'organisme assureur, du contrat ci-après annexé, entraînera de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

8.4 Dépôt de l'accord

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le texte du présent accord sera notifié à l'ensemble des Organisations syndicales représentatives au niveau du Groupe et déposé par la Direction des Ressources Humaines du Groupe sous forme électronique, en un exemplaire PDF signé et un exemplaire sous format Word anonymisé, sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail et en un exemplaire au Secrétariat du Greffe du Conseil des Prud'hommes de Nanterre.

Fait à Courbevoie en 6 exemplaires le 20 décembre 2019

Pour la Société THALES Pierre GROISY, Directeur des Ressources Humaines France du Groupe THALES, en sa qualité d'employeur de l'entreprise dominante			
Pour les Organisations Syndicales représentatives au niveau du Groupe, les coordonnateurs syndicaux centraux :			
CFDT Anne COGNIEUX	**CFE-CGC** José CALZADO	**CFTC** Véronique MICHAUT	**CGT** Grégory LEWANDOWSKI

Annexes :

- Annexe 1 : Périmètre d'application de l'accord
- Annexe 2 : Résumé des garanties frais de santé auquel se substituera la notice d'information une fois qu'elle aura été communiquée à l'employeur

ANNEXE 1 - Périmètre d'application de l'accord

GBU AVS
Thales AVS France SAS
Thales Avionics Electrical Motors SAS
Thales Avionics Electrical Systems SAS
Trixell

GBU DMS
Thales DMS France SAS
UMS SAS

GBU LAS
Thales LAS France SAS

GBU SIX
Gerac SAS
Thales SIX GTS France SAS
Thales Services SAS
RCS France SAS
Ercom
Suneris

GBU ESPACE
Thales Alenia Space SAS
Thales Seso SAS

GBU DIS
Thales DIS France SA
Thales DIS DESIGN SERVICES SAS

Entités Corporate
Thales S.A.
Thales International SAS
Geris Consultants SAS
Thales Global Services SAS
Thales Digital Factory SAS

THALES

Ensemble du personnel

Contrat surcomplémentaire obligatoire non responsable

GARANTIES SANTE / Régimes à adhésion obligatoire

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie Assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale sauf en optique)			
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné [1])	**Régime Socle**	**Régime surcomplémentaire non responsable**	**Régime Socle + Régime surcomplémentaire**
Honoraires - hors DPTAM	200% BR	300% BR	500% BR
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné [1])			
Consultations et visites, généralistes - hors DPTAM	200% BR	50% BR	250% BR
Consultations et visites, spécialistes - DPTAM	450% BR	50% BR	500% BR
Consultations et visites, spécialistes - hors DPTAM	200% BR	300% BR	500% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - hors DPTAM	200% BR	300% BR	500% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - hors DPTAM	200% BR	300% BR	500% BR
FRAIS D'OPTIQUE			
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans (un équipement tous les ans). Remboursement maximum pour la monture de 100€.		**Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans (un équipement tous les ans). Remboursement maximum pour la monture de 150€ y compris le régime de base.**	
Équipement autre que 100 % Santé** (classe B)			
Equipement avec 2 verres simples (3)	420 €	80 €	500 €
Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe (3)	560 €	90 €	650 €
Equipement avec 2 verres complexes (3)	700 €	100 €	800 €
Equipement avec 1 verre simple et un verre très complexe (3)	610 €	140 €	750 €
Equipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe (3)	750 €	150 €	900 €
Equipement avec 2 verres très complexes (3)	800 €	200 €	1 000 €
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50% FR limité à 20% du PMSS/œil plus en complément si restant à charge 60% FR limité à 600€/œil	100% FR dans la limite de 1400€/œil y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime de base	100% FR dans la limite de 1400€/œil y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime de base
FRAIS DENTAIRES			
Soins autres que 100 % Santé**			
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470% BR	100% FR y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime de base	100% FR y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime de base
Prothèses autres que 100 % Santé**			
Implant	65% FR limité à 25% du PMSS/implant limité à 6/an/personne répartis comme suit : Implant : 65% FR limité à 15% du PMSS/implant limité à 6/an/personne Pilier implantaire : 65% FR limité à 10% du PMSS/pilier limité à 6/an/personne	1000€ / (implant + pilier implantaire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime de base limité à 6/an/personne	1000€ / (implant + pilier implantaire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime de base limité à 6/an/personne
Pilier implantaire			
AUTRES SOINS			
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Kinésithérapie méthode Mézières	50% FR limité à 7% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70% FR limité à 50€/séance dans la limite de 400€/an/bénéficiaire	100% FR dans la limite de 100€/séance y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime de base maxi 6 séances/an/personne	100% FR dans la limite de 100€/séance y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime de base maxi 6 séances/an/personne

[1] En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

[2] Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.
Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.
Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

** Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

BR (ou BRSS) : Base de remboursement de la sécurité sociale - FR : Frais réels - PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale

DPTAM - Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée qui rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...)

Annexe 2 - Résumé des garanties frais de santé auquel se substituera la notice d'information une fois qu'elle aura été communiquée à l'employeur