



Accord du 19 septembre 2013 relatif au régime complémentaire de santé

Etendu par arrêté du 26 juin 2014 JORF 3 juillet 2014

IDCC

- > 1090

SIGNATAIRES

- > Fait à :

Fait à Suresnes, le 19 septembre 2013.

- > Organisations d'employeurs :

CNPA ; FFC ; FNAA ; FNCRM ; UNIDEC ; Professionnels du pneu ; GNESA ; SNCTA.

- > Organisations syndicales des salariés :

CGT-FO ; CFTC ; CFE-CGC.

- > Adhésion :

La fédération des travailleurs de la métallurgie CGT, par lettre du 31 octobre 2013 (BO n°2013-45) La fédération générale des mines et de la métallurgie de la CFDT, par lettre du 29 avril 2014 (BO n°2014-21)

NUMÉRO DU BO

- > 2013-45

LISTE DES CONVENTIONS AUXQUELLES CE TEXTE EST RATTACHÉ

- > Convention collective nationale du commerce et de la réparation de l'automobile, du cycle et du motocycle et des activités connexes, ainsi que du contrôle technique automobile du 15 janvier 1981. Etendue par arrêté du 30 octobre 1981 JONC 3 décembre 1981.

Article

En vigueur étendu

Considérant que les partenaires sociaux des services de l'automobile inscrivent les garanties de protection sociale dans une véritable politique de branche fondée sur des objectifs de solidarité et d'intérêt général liant entre eux les salariés, les anciens salariés et les entreprises ;

Considérant que la politique définie par la branche appréhende la gestion de la population salariée en l'accompagnant tout au long de sa carrière, dans le cadre d'une protection sociale globale, portable, extensible à tous les risques, capable de prévention et d'anticipation, ce qui implique de disposer des informations permettant de bien connaître les conditions générales de santé et de travail de l'ensemble de cette population, en vue de leur amélioration ;

Considérant qu'un organisme paritaire de référence est seul à même de garantir l'exécution d'une politique de protection sociale de branche fixée par les partenaires sociaux et mise en œuvre par un organisme qui n'a pas vocation à intervenir en dehors de la branche sur le marché de l'assurance, mais à appliquer cette politique au service des salariés de la branche et à permettre aux organisations représentatives d'en assurer le suivi. Dans le domaine de la prévoyance comme dans celui de la retraite complémentaire, de la formation professionnelle, de l'action sociale, de l'épargne salariale et du dialogue social, la convention collective garantit la solidarité entre les entreprises des services de l'automobile par la création d'organismes paritaires dédiés à chacun de ces domaines ;

Considérant que la politique de protection sociale des services de l'automobile comporte quatre caractéristiques :

- des structures de gouvernance qui respectent la représentativité des organisations syndicales, employeurs et salariés, au sein de la branche ;
- la faculté pour les partenaires sociaux de la branche de déterminer, par accord de branche, les éléments caractéristiques du régime mis en œuvre par l'organisme pour l'ensemble de la population et des entreprises de la branche ;
- l'utilisation des fonds propres et des bénéfices de l'organisme dans l'intérêt exclusif des salariés et anciens salariés de la branche ;
- l'interdiction pour l'organisme de développer une activité concurrentielle en dehors du champ de la branche et l'obligation de réserver son budget au service des salariés et anciens salariés de la branche ;

Considérant qu'un accord paritaire conclu au sein de la commission paritaire nationale a désigné, pour une durée de 5 ans, un organisme assureur désigné (OAD) chargé de servir les prestations définies par les règlements de prévoyance et de recouvrer les cotisations correspondantes ;

Considérant que l'article 1.26 de la convention collective indique que la commission paritaire nationale s'attache à vérifier à cette occasion :

- que le régime mis en œuvre répond à un objectif de mutualisation des risques au niveau de la branche afin de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises, notamment celles de petite taille, lors de la mise en place d'une couverture complémentaire ;
- que le régime garantit l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;
- que le régime organise un niveau qualitativement adéquat de couverture, compte tenu des besoins de la branche, les parties ayant pour objectif global la mise en œuvre d'une sécurité sociale professionnelle reposant sur les garanties les plus pertinentes en termes de couverture ;
- que le régime inclut des éléments de solidarité tels que la mutualisation des obligations de portabilité ou la prise en compte des populations les plus fragiles, notamment les salariés les plus jeunes ;
- que le régime agit dans une approche visant à coordonner ses actions avec les autres organismes paritaires spécifiquement dédiés à la branche ;
- que le régime, indépendamment des responsabilités qui incombent aux entreprises dans ce domaine, consacre une part de son budget à une politique d'action sociale et de prévention adaptée aux métiers de la branche et menée en collaboration avec tous les autres dispositifs d'action sociale mis en œuvre par les organismes paritaires spécifiquement dédiés à la branche ;

Vu la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel, qui précise :

« 10. Considérant que, par les dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, le législateur a entendu faciliter l'accès de toutes les entreprises d'une même branche à une protection complémentaire et assurer un régime de mutualisation des risques, en renvoyant aux accords professionnels et interprofessionnels le soin d'organiser la couverture de ces risques auprès d'un ou plusieurs organismes de prévoyance ; qu'il a ainsi poursuivi un but d'intérêt général ;

11. Considérant que, toutefois, d'une part, en vertu des dispositions du premier alinéa de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, toutes les entreprises qui appartiennent à une même branche professionnelle peuvent se voir imposer non seulement le prix et les modalités de la protection complémentaire mais également le choix de l'organisme de prévoyance chargé d'assurer cette protection parmi les entreprises régies par le code des assurances, les institutions relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et les mutuelles relevant du code de la mutualité ; que, si le législateur peut porter atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle dans un but de mutualisation des risques, notamment en prévoyant que soit recommandé au niveau de la branche un seul organisme de prévoyance proposant un contrat de référence y compris à un tarif d'assurance donné ou en offrant la possibilité que soient désignés au niveau de la branche plusieurs organismes de prévoyance proposant au moins de tels contrats de référence, il ne saurait porter à ces libertés une atteinte d'une nature telle que l'entreprise soit liée avec un cocontractant déjà désigné par un contrat négocié au niveau de la branche et au contenu totalement prédéfini ; que, par suite, les dispositions de ce premier alinéa méconnaissent la liberté contractuelle et la liberté d'entreprendre ;

12. Considérant que, d'autre part, les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 912-1 permettent d'imposer que, dès l'entrée en

12. Considérant que, d'autre part, les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 912-1 permettent d'imposer que, dès l'entrée en vigueur d'un accord de branche, les entreprises de cette branche se trouvent liées avec l'organisme de prévoyance désigné par l'accord, alors même qu'antérieurement à celui-ci elles seraient liées par un contrat conclu avec un autre organisme ; que, pour les mêmes motifs que ceux énoncés au considérant 11 et sans qu'il soit besoin d'examiner le grief tiré de l'atteinte aux conventions légalement conclues, ces dispositions méconnaissent également la liberté contractuelle et la liberté d'entreprendre ;

13. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que les dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale portent à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi de mutualisation des risques (...).

Vu la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, qui prévoit en son article 1er

« I. – A. Avant le 1er juin 2013, les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels engageant une négociation, afin de permettre aux salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dont chacune des catégories de garanties et la part de financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que pour la couverture minimale mentionnée au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, au niveau de leur branche ou de leur entreprise, d'accéder à une telle couverture avant le 1er janvier 2016.

La négociation porte notamment sur :

1° La définition du contenu et du niveau des garanties ainsi que sur la répartition de la charge des cotisations entre employeur et salariés ;

2° Les modalités de choix de l'assureur. La négociation examine en particulier les conditions, notamment tarifaires, dans lesquelles les entreprises peuvent retenir le ou les organismes assureurs de leur choix, sans méconnaître les objectifs de couverture effective de l'ensemble des salariés des entreprises de la branche et d'accès universel à la santé ;

3° Le cas échéant, les modalités selon lesquelles des contributions peuvent être affectées au financement de l'objectif de solidarité, notamment pour l'action sociale et la constitution de droits non contributifs ;

4° Les cas dans lesquels la situation particulière de certains salariés ou ayants droit, lorsque ceux-ci bénéficient de la couverture, peut justifier des dispenses d'affiliation à l'initiative du salarié ;

5° Le délai, au moins égal à 18 mois à compter de l'entrée en vigueur de la convention ou de l'accord et expirant au plus tard le 1er janvier 2016, laissé aux entreprises pour se conformer aux nouvelles obligations conventionnelles » ;

Attendu que les partenaires sociaux de la branche ont souhaité inscrire la couverture complémentaire santé parmi les éléments de la politique globale de protection sociale développée au bénéfice de l'ensemble des salariés de la branche ;

Attendu qu'une couverture complémentaire santé contribue en effet pleinement à atteindre l'objectif d'intérêt général visant à appréhender la gestion de la population salariée en l'accompagnant tout au long de sa carrière, dans le cadre d'une protection sociale globale, portable, extensible à tous les risques, capable de prévention et d'anticipation, ce qui implique de disposer des informations permettant de bien connaître les conditions générales de santé et de travail de l'ensemble de cette population, en vue de leur amélioration ;

Attendu que, afin de mettre en œuvre des moyens strictement proportionnés pour réaliser cet objectif d'intérêt général sans porter atteinte de manière disproportionnée aux principes constitutionnels de la liberté du commerce et de la liberté d'entreprendre, les partenaires sociaux ont négocié sur les modalités de choix de leur assureur et ont défini les conditions dans lesquelles les entreprises peuvent retenir le ou les organismes assureurs de leur choix, sans méconnaître les objectifs de couverture effective de l'ensemble des salariés des entreprises de la branche et d'accès universel à la santé,

les partenaires sociaux ont ainsi défini les modalités selon lesquelles les contributions des entreprises doivent être affectées au financement de l'objectif de solidarité, notamment pour l'action sociale, la prévention et la constitution de droits non contributifs, afin de permettre à tous les salariés et à toutes les entreprises de la branche d'appliquer une couverture santé uniforme à un coût identique, dans une stricte égalité de traitement de tous les salariés et de toutes les entreprises de la branche.

Conformément aux principes précédemment définis dans le cadre de la politique de protection sociale de la branche, ils se sont attachés à vérifier :

– que le régime créé par le présent accord répond à un objectif de mutualisation des risques au niveau de la branche, afin de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises, notamment celles de petite taille, lors de la mise en place d'une couverture complémentaire ;

– que ce régime garantit l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;

– que ce régime organise un niveau qualitativement adéquat de couverture compte tenu des besoins de la branche, les parties ayant pour objectif global la mise en œuvre d'une sécurité sociale professionnelle reposant sur les garanties les plus pertinentes en termes de couverture ;

– que ce régime inclut des éléments de solidarité tels que la prise en compte des populations les plus fragiles, notamment les salariés les plus jeunes ;

– que le régime agit dans une approche visant à coordonner ses actions avec les autres organismes paritaires spécifiquement dédiés à la branche ;

– que ce régime, indépendamment des responsabilités qui incombent aux entreprises dans ce domaine, consacre une part de son

budget à une politique d'action sociale et de prévention adaptée aux métiers de la branche et menée en collaboration avec tous les autres dispositifs d'action sociale mis en œuvre par les organismes paritaires spécifiquement dédiés à la branche.

Les partenaires sociaux ont donc décidé de décliner l'architecture du régime de couverture santé de la branche en articulant la liberté des entreprises et la mise en œuvre d'une couverture santé incluant des droits non contributifs, mutualisée entre tous les salariés et toutes les entreprises de la branche par un dispositif d'équilibre entre les bons et les mauvais risques et des actions de prévention et d'action sociale.

A cet effet, ils ont, d'une part, défini les prestations d'assurance d'une couverture santé complémentaire aux prestations du régime de base de la sécurité sociale incluant la portabilité des droits dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale et fixé la répartition des cotisations y afférentes pour l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche.

Chaque entreprise pourra solliciter l'assureur de son choix pour souscrire la couverture d'assurance ainsi définie.

Ils ont souhaité désigner IRP Auto Prévoyance Santé en qualité d'organisme référent pour assurer l'ensemble des entreprises des services de l'automobile désireuses de souscrire la couverture santé mutualisée au sein de la branche.

A cet effet, ils ont d'autre part souhaité instituer un fonds de solidarité et de prévention afin de déployer des actions de prévention et d'action sociale bénéficiant de manière uniforme à l'ensemble des salariés des entreprises des services de l'automobile et de contribuer à l'équilibre du risque santé entre tous les salariés de la branche, la gestion de ce fonds étant confiée à IRP Auto Prévoyance Santé.

Par conséquent, les organisations patronales et syndicales de salariés soussignées conviennent de ce qui suit :

1. Eléments du régime professionnel complémentaire de santé

Le régime professionnel complémentaire de santé (RPCS) institué par le présent accord, auquel les salariés des services de l'automobile doivent accéder dans les conditions précisées par la convention collective, comporte trois éléments :

1. Une couverture des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, qui complète celle qui découle de leur affiliation à la sécurité sociale, dénommée garantie santé ;
- 2° Le maintien temporaire de la couverture complémentaire des frais de santé au bénéfice des anciens salariés pris en charge au titre de l'assurance chômage, dénommé portabilité santé ;
3. Un dispositif d'accompagnement des salariés dont la situation professionnelle est précaire ou fragile et réduction des risques de santé de toute nature auxquels les salariés peuvent être exposés, dénommé solidarité prévention santé.

2. Garantie santé et portabilité santé

2.1. Couverture collective obligatoire de tous les salariés

Les entreprises doivent couvrir collectivement tous leurs salariés au titre de la garantie santé et de la portabilité santé au plus tard le 1er mars 2015.

La couverture collective au sens du présent accord s'entend de celle souscrite par l'entreprise auprès d'un organisme d'assurance pour couvrir l'ensemble des salariés présents et futurs, à l'exception, le cas échéant, de ceux qui peuvent être dispensés d'affiliation dans les conditions exposées à l'annexe « Régime professionnel complémentaire de santé » de la convention collective.

Les garanties sont celles définies à l'annexe « Régime professionnel complémentaire de santé » de la convention collective.

2.2. Entreprises concernées

Les entreprises au sens du présent accord s'entendent des entreprises dont l'activité principale au 1er mars 2015 ressortit au champ d'application professionnel et territorial de la convention collective nationale des services de l'automobile, qu'elles comportent ou non plusieurs établissements et qu'elles appartiennent ou non à un groupe.

Dans le cas des établissements multiples, tous les salariés de chaque établissement devront être couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire en vigueur au plus tard le 1er mars 2015.

Dans le cas des groupes d'entreprises tels que définis par l'article L. 2331-1 du code du travail, tous les salariés de chaque entreprise devront être couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire en vigueur au plus tard le 1er mars 2015. Les diverses entreprises du groupe ressortissant à la branche pourront être couvertes par des contrats collectifs différents, pourvu que tous les salariés bénéficient d'une couverture conforme à celle du RPCS à la date indiquée ci-dessus.

2.3. Situation des entreprises avant le 1er mars 2015

Les entreprises qui sont dans l'une des situations énumérées ci-après avant le 1er mars 2015 sont invitées à régulariser dans les meilleurs délais leur situation au regard du présent accord, sans qu'aucune obligation découlant de celui-ci leur soit opposable avant cette date.

Il peut s'agir :

- des entreprises dont les salariés ne bénéficient d'aucune couverture des frais de santé ;
- des entreprises qui couvrent collectivement certaines catégories de salariés ;
- des entreprises dont tout ou partie des salariés bénéficient d'une couverture individuelle ;
- des entreprises dotées d'établissements non uniformément couverts par une couverture collective ;

– des groupes composés d'entreprises non uniformément couvertes par une couverture collective.

Il en va de même pour les entreprises créées avant le 1er mars 2015 ou qui créent un premier emploi salarié avant cette date, ou qui entrent dans le champ de la convention collective avant cette date.

2.4. Adhésion à un organisme d'assurance pour la couverture collective

Tous les salariés compris dans le cadre collectif défini à l'article 2.2 doivent, à la date du 1er mars 2015, être couverts collectivement au titre de la garantie santé et de la portabilité santé. A cet effet, toutes les entreprises sont tenues d'adhérer au plus tard le 1er mars 2015 à un organisme d'assurance pour se conformer à l'article 1.28 de la convention collective, modifié par l'avenant n° 66, qui entre en vigueur à cette date.

La couverture collective est assurée par un organisme mentionné à l'article 1er de la loi du 31 décembre 1989. Le choix de l'organisme visé à l'article 2.6 garantit à l'entreprise et à ses salariés le respect de l'ensemble des prescriptions de la convention collective en matière de couverture santé.

Les entreprises peuvent changer d'assureur ou modifier le contrat couvrant les salariés, dans le respect des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur et sous réserve de satisfaire aux contrôles visés à l'article 2.7.

2.5. Détermination de la couverture collective à partir du 1er mars 2015

2.5.1. En l'absence de toute couverture antérieure

Lorsque, en l'absence de toute couverture santé antérieure au 1er mars 2015, les garanties santé et portabilité souscrites à partir de cette date sont exactement celles définies par l'annexe RPCS de la convention collective, le chef d'entreprise en informe individuellement les salariés et collectivement les représentants du personnel, lorsqu'il en existe. Lorsque le chef d'entreprise envisage des garanties supérieures en tout ou partie à celles définies par l'annexe RPCS de la convention collective ou financées pour plus de 50 % par l'entreprise, les garanties santé et portabilité et leur financement sont déterminés selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

2.5.2. En présence d'une couverture antérieure

En présence d'une couverture antérieure au 1er mars 2015, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du RPCS et l'adapter conformément aux dispositions suivantes :

1. Le contrat couvrant l'entreprise doit garantir tous les salariés présents et futurs tels que définis par le RPCS (condition d'ancienneté minimale, dispenses d'affiliation) ;
2. La couverture doit être solidaire et responsable selon les définitions du RPCS, point III ;
3. La situation individuelle de tout salarié couvert antérieurement au 1er mars 2015 doit être comparée aux dispositions du RPCS :
 - s'il ne bénéficie pas d'une prestation prévue par le RPCS, il faudra inclure celle-ci dans le contrat collectif en prévoyant un financement patronal égal à 50 % ;
 - lorsqu'une prestation définie par le RPCS existe déjà, il faudra comparer son quantum et son financement :
 - a) Si le quantum est inférieur au barème conventionnel, il doit être mis à niveau et la part patronale doit être le cas échéant augmentée, pour respecter la règle du financement à 50/50 ;
 - b) Si le quantum est supérieur au barème conventionnel, il doit être maintenu et la part patronale correspondant au barème conventionnel doit être le cas échéant augmentée, pour respecter la règle du financement à 50/50 ;
 - les prestations précédemment en place et non prévues dans le panier conventionnel sont maintenues ainsi que leur mode de financement ;
 - si des prestations précédemment en place correspondent partiellement à ce que prévoit le RPCS, soit en raison d'un intitulé différent, soit en raison de l'utilisation d'un barème différent, il sera nécessaire de modifier le contrat pour permettre la comparaison ;
4. Les vérifications ci-dessus permettent d'isoler la part des prestations prévues par le contrat qui demeure supérieure au minimum défini par le RPCS ainsi que le financement correspondant ; le niveau antérieur de prestation pourra, le cas échéant, être conservé par la souscription de garanties optionnelles ouvertes à tous les salariés ou à des catégories objectives préalablement définies et dont le financement est librement déterminé.

Les vérifications ci-dessus seront normalement effectuées dans la même forme que celle qui avait présidé à la mise en place initiale de la couverture, déterminée selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. En présence de délégués syndicaux, elles peuvent donner lieu à une négociation tendant à l'adaptation des couvertures antérieures au vu des dispositions du RPCS.

2.6. Organisme de référence de la branche

IRP Auto Prévoyance Santé, anciennement dénommé IPSA, est l'organisme de référence de la branche des services de l'automobile auprès duquel les entreprises sont invitées à s'affilier pour la couverture collective des salariés.

Cet organisme de référence :

- couvre l'ensemble du champ professionnel et géographique défini par la convention collective ;
- exécute la politique de protection sociale de la branche au service de tous les salariés, en proposant aux entreprises d'y accéder par un « guichet unique » professionnel et avec des démarches administratives simplifiées ;

– est géré conjointement par les représentants des entreprises et des salariés de la profession ;

– recherche une stabilité des tarifs par tous les moyens pour lesquels les organisations patronales et syndicales représentatives mandatent leurs administrateurs : mutualisation du plus grand nombre, maîtrise des frais de fonctionnement, recherche de diminutions tarifaires par ajustement des taux d'appel des cotisations en fonction des résultats du régime.

L'organisme de référence est chargé de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'oblige à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord, ce qui entraîne notamment les conséquences suivantes :

– il s'oblige à accepter l'adhésion de toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, y compris les entreprises qui ne pourraient trouver auprès des autres assureurs l'application de la couverture de la branche au tarif proposé par l'organisme de référence, en raison de l'état de santé ou de la situation des salariés qu'elle emploie ;
– il s'interdit de suspendre la couverture des salariés en raison de la défaillance de l'entreprise dans le paiement des cotisations.

Toute entreprise est en capacité de souscrire auprès d'IRP Auto Prévoyance Santé, dès le dépôt légal du présent accord, la garantie santé et la portabilité santé conformes aux prescriptions de l'annexe RPCS de la convention collective.

2.7. Contrôle du respect des obligations à la charge des entreprises à partir du 1er mars 2015

L'organisme de référence IRP Auto Prévoyance Santé est mandaté par le présent accord pour accomplir les démarches ci-après au nom de l'ensemble des organisations représentatives qui en sont signataires.

IRP Auto Prévoyance Santé est habilité à vérifier la situation des entreprises qui n'ont pas souscrit la garantie santé et portabilité santé auprès de lui à la date du 1er mars 2015, et notamment :

– à réclamer tous justificatifs relatifs à la situation des entreprises qui composent un groupe ;
– à réclamer tous justificatifs relatifs à la situation des établissements d'une entreprise ;
– à se faire remettre les notices d'information relatives à la nature des garanties et aux modalités de couverture des bénéficiaires ;
– à s'assurer que les salariés sont informés de la nature et de la portée des engagements pris par l'entreprise ;
– le cas échéant, à se faire remettre une copie de l'accord collectif visé par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, conformément à l'article 12 de l'accord paritaire national du 23 juin 2010 étendu par arrêté du 5 avril 2011.

IRP Auto Prévoyance Santé peut délivrer une mise en demeure :

1. D'adresser les justificatifs demandés dans le délai qu'il fixe ;
2. De régulariser une situation non conforme aux prescriptions du présent accord.

Le conseil d'administration de l'organisme de référence est tenu informé des mises en demeure et des suites données par les entreprises défaillantes. Le cas échéant, les organismes d'assurance ayant en portefeuille des contrats non conformes aux prescriptions du présent accord sont tenus informés des mises en demeure adressées à leurs clients.

Lorsqu'une mise en demeure n'est pas suivie d'effet au terme du délai imparti, l'organisme de référence est fondé, sur décision de son conseil d'administration, à intenter toute action en justice en vue d'obtenir l'exécution du présent accord par application des articles L. 2261-15 et L. 2262-1 du code du travail, sans préjudice des actions que les organisations signataires peuvent exercer concernant les faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession par application de l'article L. 2132-3 du même code.

Les organisations professionnelles et syndicales de salariés liées par le présent accord ainsi que leurs membres adhérents sont fondés à obtenir en justice l'exécution du présent accord conformément aux articles L. 2262-4 et L. 2262-9 et suivants du code du travail.

3. Solidarité. – Prévention santé

Afin d'assurer l'équilibre structurel des garanties de la branche des services de l'automobile, d'accompagner les salariés dont la situation professionnelle est précaire ou fragile et de déployer un dispositif de prévention des risques, un fonds collectif est institué.

Ce dispositif propre au RPCS est géré par l'organisme de référence de la branche visé à l'article 2.6.

Il est financé dans les conditions et selon les modalités fixées par l'annexe RPCS de la convention collective instituée par l'avenant n° 66.

Les actions menées au titre du dispositif « Solidarité prévention santé » sont déterminées par l'annexe RPCS de la convention collective instituée par l'avenant n° 66.

4. Application du présent accord

La signature du présent accord et son application sont indissociables de celle de l'avenant n° 66 à la convention collective.

Les organisations soussignées conviennent de procéder dans les meilleurs délais aux démarches nécessaires en vue de l'extension du présent avenant, qui sera déposé conformément aux dispositions des articles D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Les dispositions du présent accord ne peuvent faire l'objet d'aucune négociation collective tendant à adapter ou à modifier ses modalités d'application par accord conclu au niveau d'un établissement, d'une entreprise ou d'un groupe d'entreprises.