

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS
NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLYCULTURE, D'ÉLE-
VAGE, DE CULTURES SPÉCIALISÉES, D'ÉLEVAGES SPÉCIALISÉS, DE VITI-
CULTURE, DES CUMA ET DES ETARF**

(CHARENTE-MARITIME)

ACCORD DU 7 SEPTEMBRE 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS0997156M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de Charente-Maritime ;

Le syndicat professionnel des entrepreneurs de travaux agricoles et forestiers de la Charente-Maritime ;

La fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole,

D'une part, et

La fédération nationale agroalimentaire et forestière (FNAF) CGT ;

La section interdépartementale du syndicat national des cadres d'exploitations agricoles CFE-CGC ;

La FGTA CGT-FO ;

Le syndicat général agroalimentaire CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le biais du présent accord, les partenaires sociaux signataires du département de la Charente-Maritime ont souhaité mettre en place un régime départemental de protection sociale complémentaire comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres du département de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;

- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l’attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Article 1^{er}

Champ d’application professionnel et territorial

Le présent accord est applicable sur le département de la Charente-Maritime aux salariés non cadres et employeurs des exploitations agricoles de polyculture, d’élevage, de cultures spécialisées, d’élevages spécialisés, de viticulture, des coopératives d’utilisation de matériel agricole (CUMA) et des entreprises de travaux agricoles et forestiers.

Le présent accord s’applique aux entreprises et exploitations ayant leur siège social dans le département de la Charente-Maritime à l’occasion de travaux effectués dans ou en dehors du département.

Article 2

Objet

Le présent accord a pour objet la mise en place d’un régime d’assurance complémentaire santé collectif et obligatoire au bénéfice des salariés des entreprises relevant de son champ d’application.

Cette assurance couvrira à titre obligatoire uniquement le salarié tel que visé à l’article 4. Le salarié pourra, sur demande expresse, opter pour une garantie supplémentaire, et ce à titre facultatif.

Ses ayants droit pourront également être affiliés à titre facultatif dans le cadre d’une extension « enfant/conjoint ou famille ». Dans ce cas d’espèce, l’ayant droit devra obligatoirement souscrire le même niveau de garantie que le salarié.

Article 3

Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2010 ou le premier jour du mois suivant celui de la publication de son arrêté d’extension si cet arrêté devait intervenir après le 31 décembre 2009.

Dans l’hypothèse où l’arrêté d’extension ne serait pas publié à la date du 1^{er} janvier 2010, les partenaires sociaux signataires inviteront les exploitations et entreprises visées à l’article 1^{er} du présent accord à mettre en œuvre à titre volontaire par anticipation les dispositions relatives à la complémentaire santé.

Article 4

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s’appliquent à tout salarié ayant 1 an d’ancienneté et plus, au titre du contrat de travail en cours, dans l’entreprise et relevant du champ d’application du présent accord.

Pour les dispositions du présent accord, la condition d’ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint 1 an d’ancienneté.

En outre, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord dans une autre entreprise relevant du champ d'application de l'accord, font l'objet d'un transfert de leurs droits acquis, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois civils suivant la fin de leur contrat de travail précédent.

En sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la CPCEA en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention collective du 2 avril 1952 ;
- les catégories particulières de salariés (VRP, bûcherons, tâcherons, par exemple) relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés non cadres visés par les dispenses d'affiliation fixées à l'article 5.

Article 5

Dispenses d'affiliation

Peuvent renoncer au bénéfice du régime d'assurance complémentaire frais de santé prévu au présent accord :

1. Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

2. Les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense d'affiliation vaut jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

3. Les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément. Ils doivent le faire savoir par écrit à leur employeur en apportant tout justificatif de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs.

4. Les salariés à temps partiel, inférieur à 80 heures par mois et n'ayant qu'un seul employeur.

5. Pour les salariés à employeurs multiples relevant du présent accord, le bénéficiaire sera affilié au titre d'un seul employeur, soit celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié concernés.

Justification des renoncements au régime

Au jour de l'entrée en vigueur de l'accord, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 1 an d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Article 6

Garanties

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (annexe I).

Les garanties instaurées en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation des régimes de base d'assurance maladie en vigueur à la date de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, en cas de changements opérés dans ces textes ayant un impact sur les garanties prévues au titre du présent régime.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts tous les actes et frais médicaux courants sur la période de garantie et ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base dont relève l'assuré au titre de la législation maladie, accidents du travail-maladies professionnelles et maternité. Par ailleurs, sont également pris en compte les actes et frais non pris en charge par le régime de base mais expressément mentionnés dans le tableau des garanties.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base dont relève l'assuré et/ou d'éventuels organismes complémentaires. Les garanties maternité prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature du régime de base au titre du risque maternité.

Deux garanties sont proposées dans le cadre de l'accord départemental frais de santé :

- la garantie indice 17, qui constitue la garantie obligatoire ;
- la garantie indice 17 +, qui est une garantie supplémentaire facultative.

Article 7

Gestion du régime

Pour assurer la couverture et la gestion du régime d'assurance complémentaire santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner l'organisme Mutuelle Santé Atlantique, Fief Montlouis, 17106 Saintes Cedex.

Les modalités et conditions de gestion des dispositions prévues par le présent accord font l'objet d'un protocole de gestion distinct signé entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux signataires du présent accord.

La désignation de Mutuelle Santé Atlantique sera réexaminée dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

Article 8

Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe pour un niveau de prestations supérieures, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

Les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime d'assurance santé de niveau inférieur aux garanties définies en annexe, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel départemental à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 9

Cotisations

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et, à ce titre, les contributions patronales sont exonérées de charges sociales.

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord.

1. Taux de cotisations et répartition

Le taux de la cotisation mensuelle obligatoire destinée au financement des prestations définies à l'annexe II-A est de 0,90 % du PMSS, soit en valeur euros pour l'année 2009 (base PMSS 2009 : 2 859 €) 25,73 €.

La participation de l'employeur est fixée à un montant de 5 € par mois, soit 19,44 % de la cotisation totale.

L'affiliation des ayants droit du salarié bénéficiaire du régime individuel entraîne le versement des cotisations figurant à l'annexe II. Celles-ci sont intégralement à la charge du salarié.

Ces taux sont applicables pour les exercices 2010 et 2011 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009.

2. Collecte

Pour les salariés, l'appel et le recouvrement des cotisations auprès des employeurs de main-d'œuvre seront confiés à la mutualité sociale agricole de Charente-Maritime pour le compte de la Mutuelle Santé Atlantique dans le cadre d'une convention de gestion conclue entre les deux entités.

Pour les ayants droit, l'appel et le recouvrement des cotisations auprès des salariés seront confiés à la Mutuelle Santé Atlantique.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues en cas de non-paiement dans les délais.

3. Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit 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.

Les contributions de l'employeur et du salarié sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur ou de versement d'indemnités journalières et intervenant après la date d'affiliation au régime, notamment pour congé parental d'éducation, congé sans solde, congé sabbatique ou congé pour création d'entreprise, les garanties prévues par le présent accord peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante, directement auprès de l'organisme assureur. Mutuelle Santé Atlantique procédera à la collecte de la cotisation directement auprès du salarié.

Article 10

Couvertures facultatives au choix du salarié

1. Couverture supplémentaire du salarié bénéficiaire du présent régime

De manière facultative, le salarié peut demander à bénéficier d'une couverture supplémentaire en complément de la garantie obligatoire prévue par le présent accord. Le détail des garanties est présenté à l'annexe I-B.

La cotisation de la garantie facultative ne donne pas lieu à participation de l'employeur.

L'appel de cotisation pour cette garantie est effectué selon les mêmes modalités que la cotisation de la garantie obligatoire telle que prévue à l'article 9.2.

Le taux de la cotisation mensuelle facultative destinée au financement des prestations définies à l'annexe I-B est de 0,08 % du PMSS, soit en valeur euros pour l'année 2009 (base PMSS 2009 : 2 859 €) 2,29 €.

2. Ayant droit du salarié bénéficiaire du présent régime

De manière facultative, le salarié peut demander d'étendre le bénéfice des garanties prévues par le présent accord à son et/ou ses ayants droit, moyennant le paiement à sa charge exclusive d'une cotisation additionnelle.

La tarification est proposée à l'annexe II du présent accord.

La définition de l'ayant droit est fixée à l'annexe III du présent accord.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes à garantir. Mutuelle Santé Atlantique procédera à la collecte de la cotisation facultative pour les ayants droit directement auprès du salarié.

Article 11

Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par Mutuelle Santé Atlantique, sans condition de période probatoire (délai d'attente) ni d'examen ou questionnaire 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 ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

Mutuelle Santé Atlantique procédera à la collecte de la cotisation avec une majoration maximum de 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié).

Les intéressés devront en faire la demande auprès de Mutuelle Santé Atlantique dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié.

Article 12

Clause de réexamen quinquennal

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

Article 13

Accord de gestion spécifique et suivi annuel du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'un protocole de gestion signé entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, et qui définit les modalités de fonctionnement du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront une fois par an au moins avec les représentants de l'organisme désigné et ce au plus tard le 30 juin de l'année suivante, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord.
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Article 14

Dépôt et extension

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Le présent accord pourra être dénoncé en respectant un préavis de 3 mois et, sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai de 1 an à compter du préavis.

Le présent accord sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Saintes, le 7 septembre 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau des garanties

A. – Garantie indice 17

PRESTATIONS	INDICE 17
Frais médicaux	
Consultations, visites, médecins ou spécialistes	100 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 %
Analyses, examen de laboratoire	100 %
Radiologie, électroradiologie	100 %
Actes de prévention responsable (1)	100 %
Transport	100 %
Pharmacie	
Pharmacie toutes vignettes	100 %
Optique	
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	455 % + forfait 8 % PMSS par an et par bénéficiaire
Lentilles refusées	–
Dentaire	
Prothèse acceptée	210 % + forfait 12 % PMSS par an et par bénéficiaire
Frais de soins et honoraires	100 %
Orthodontie acceptée ou refusée	100 % BR + 200 € par an
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	100 %
Prothèses auditives	100 %
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)	
Frais de soins et séjours	100 %
Dépassements d'honoraires	150 %
Chambre particulière	25 € par jour
Forfait hospitalier	100 %
Frais d'accompagnant	–
Transport suite à l'hospitalisation	100 %

PRESTATIONS	INDICE 17
Maternité et psychiatrie (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires et chambre particulière	100 % Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité
Autre prestation Assistance à domicile (2)	–
<p>Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (prise en charge RO incluse) et limités au montant de la dépense engagée.</p> <p>Ces garanties s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables (art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale). Elles ne couvrent pas les dépassements d'honoraires et/ou la majoration du ticket modérateur résultant du non-respect du parcours de soins, mentionnés à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale. Lorsque le régime de base applique à l'assuré la contribution forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, cette contribution reste à sa charge et ne peut être remboursée par la complémentaire santé.</p> <p>(1) Actes prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>(2) En cas d'hospitalisation d'au moins 48 heures : PMSS 2009 : 2 859 €.</p>	

B. – Garantie indice 17 +

Les niveaux de remboursements de l'indice 17 + présentés dans le tableau ci-dessous intègrent les garanties de l'indice 17.

PRESTATIONS	INDICE 17 +
Frais médicaux	
Consultations, visites, médecins ou spécialistes	200 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 %
Analyses, examen de laboratoire	100 %
Radiologie, électroradiologie	200 %
Actes de prévention responsable (1)	100 %
Transport	100 %
Pharmacie	
Pharmacie toutes vignettes	100 %

PRESTATIONS	INDICE 17 +
<p>Optique</p> <p>Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée</p> <p>Lentilles refusées</p>	<p>455 % + forfait 8 % PMSS par an et par bénéficiaire</p>
<p>Dentaire</p> <p>Prothèse acceptée</p> <p>Frais de soins et honoraires</p> <p>Orthodontie acceptée ou refusée</p>	<p>210 % + forfait 12 % PMSS par an et par bénéficiaire</p> <p>100 %</p> <p>300 % BR</p>
<p>Appareillage</p> <p>Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareil- lages, prothèses sauf auditives</p> <p>Prothèses auditives</p>	<p>100 %</p> <p>100 %</p>
<p>Hospitalisation (secteur conventionné ou non)</p> <p>Frais de soins et séjours</p> <p>Dépassements d'honoraires</p> <p>Chambre particulière</p> <p>Forfait hospitalier</p> <p>Frais d'accompagnant</p> <p>Transport suite à l'hospitalisation</p>	<p>200 %</p> <p>200 %</p> <p>50 € par jour</p> <p>100 %</p> <p>25 € par jour</p> <p>100 %</p>
<p>Maternité et psychiatrie (secteur conventionné ou non)</p> <p>Frais de soins et séjours</p> <p>Dépassements d'honoraires et chambre particulière</p>	<p>100 %</p> <p>Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité</p>
<p>Autre prestation</p> <p>Assistance à domicile (2)</p>	<p>Oui</p>
<p>Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de rembourse- ment (prise en charge RO incluse) et limités au montant de la dépense engagée. Ces garanties s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables (art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale). Elles ne couvrent pas les dépassements d'hono- raires et/ou la majoration du ticket modérateur résultant du non-respect du parcours de soins, mentionnés à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale. Lorsque le régime de base applique à l'assuré la contribution forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, cette contribution reste à sa charge et ne peut être remboursée par la complémentaire santé.</p> <p>(1) Actes prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>(2) En cas d'hospitalisation d'au moins 48 heures : PMSS 2009 : 2 859 €.</p>	

ANNEXE II

Table des tarifs

A. – Garantie salarié

a) Garantie obligatoire indice 17

	EN % PMSS	VALEUR EN € par mois
Cotisation obligatoire	0,90	25,73
PMSS 2009 : 2 859 €.		

b) Garantie facultative indice 17 +

	EN % PMSS	VALEUR EN € par mois
Cotisation facultative	0,08	2,29
Soit cotisation totale	0,98	28,02
PMSS 2009 : 2 859 €.		

B. – Garantie ayants droit

a) Garantie indice 17

OPTIONS SUPPLÉMENTAIRES (cotisations à ajouter à celle du salarié selon la qualité de l'ayant droit)	EN % PMSS	VALEUR EN € par mois
Conjoint	0,99	28,30
Enfant (*)	0,56	16,01
Famille (**)	1,82	52,03
(*) 3 ^e enfant et au-delà : gratuit. (**) Famille = conjoint + au moins 2 enfants. PMSS 2009 : 2 859 €.		

b) Garantie indice 17 +

OPTIONS SUPPLÉMENTAIRES (cotisations à ajouter à celle du salarié selon la qualité de l'ayant droit)	EN % PMSS	VALEUR EN € par mois
Conjoint	1,07	30,59
Enfant (*)	0,66	18,87
Famille (**)	1,97	56,32
(*) 3 ^e enfant et au-delà : gratuit. (**) Famille = conjoint + au moins 2 enfants. PMSS 2009 : 2 859 €.		

Définition du bénéficiaire ayant droit

Les bénéficiaires suivants peuvent adhérer au contrat en tant qu'ayant droit du salarié :

- le conjoint, concubin ou partenaire Pacs du salarié ;
- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, concubin, partenaire Pacs. Il s'agit :
 - de l'enfant ayant droit au sens du code de la sécurité sociale ;
 - de l'enfant de plus de 20 ans poursuivant ses études ou n'ayant pas un emploi à durée indéterminée, jusqu'à la veille de son 26^e anniversaire, prolongé jusqu'au 31 décembre de l'année en cours ;
 - de l'enfant handicapé quel que soit son âge.