

Convention collective

IDCC : 9811. – **EXPLOITATIONS AGRICOLES**
(TARN)
(6 mai 2002)

(Etendue par arrêté du 18 décembre 2002,
Journal officiel du 17 janvier 2003)

AVENANT N° 25 DU 3 JUILLET 2009

NOR : *AGRS0997180M*
IDCC : 9811

Entre :

Le syndicat départemental de la fédération des exploitants agricoles,

D'une part, et

Le syndicat général des salariés de l'agroalimentaire CFDT du Tarn ;

Le syndicat des cadres d'entreprises agricoles CGC ;

L'union départementale CGT ;

L'union départementale FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Le titre de l'article 18 « Les régimes de prévoyance » est modifié comme suit : « Les régimes de prévoyance décès, incapacité, invalidité ».

Le titre de l'article 18.1 « Dispositions communes aux régimes de prévoyance » est modifié comme suit : « Dispositions communes aux régimes de prévoyance décès, incapacité, invalidité ».

Article 2

Un article 18 *bis* est créé et rédigé tel que suit :

« Article 18 *bis*

Régime de prévoyance. – Frais de santé

Sauf exceptions dans les conditions légales pour la garantie frais de santé, tous les salariés non cadres, dont le contrat de travail est régi par la présente

convention collective, sont garantis obligatoirement par un régime adapté, souscrit par l'employeur et garantissant la prise en charge de tout ou partie des frais engagés par les salariés afin d'assurer le traitement de leurs affections médicales.

Ce régime est défini par accord spécifique annexé à cette convention de façon à permettre son évolution.

Conformément à l'article 912-1 du code de la sécurité sociale et selon ses dispositions, l'adhésion au régime de prévoyance frais de santé mis en place par la profession est obligatoire dès l'extension de l'accord, sauf dispositions contenues dans l'accord spécifique. »

Article 3

Il est créé une annexe V à la convention collective du 6 mai 2002, rédigée comme suit :

« ANNEXE V

Accord départemental du 3 juillet 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles du Tarn

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires ont souhaité mettre en place, après appel d'offres, un régime collectif obligatoire de couverture des frais de santé en application des dispositions prévues par 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 du Tarn 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 collectif mutualisé au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations agricoles du Tarn du 6 mai 2002.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable sur le département du Tarn, aux salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles définies à l'article 1^{er} "Champ d'application professionnel" de la convention collective du 6 mai 2002 concernant les exploitations agricoles du Tarn.

Article 2

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant au moins 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

En sont exclus :

- les cadres ressortissant à la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention collective précitée ;
- les VRP, bûcherons, ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

2.1. Dispense d'affiliation

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés bénéficiant déjà d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin, partenaire pacsé, en application d'un contrat collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être dispensés de l'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord. Pour ce faire, ils doivent en apporter la preuve par un document attestant chaque année de cette couverture collective et de l'affiliation obligatoire des conjoints. Cette 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 du régime obligatoire ou à la demande du salarié.

Par ailleurs, une dispense d'affiliation peut être demandée à tout moment :

- par les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou bénéficiant de la CMU ;
- par les salariés sous contrat à durée déterminée et les travailleurs saisonniers. Toutefois, les bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois qui demandent à être dispensés d'affiliation doivent le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture plus favorable, souscrite par ailleurs. Cette dispense d'affiliation est de droit pour les salariés bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois ;
- par les salariés à temps partiel ayant plus de 1 an d'ancienneté dès lors que leur cotisation est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération. En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à la garantie complémentaire santé.

Le salarié à employeurs multiples qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture souscrite par ailleurs.

En cas de dispense d'affiliation, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Pour l'ensemble de ces dispenses d'affiliation, les salariés concernés doivent en faire la demande 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 de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition de 1 an d'ancienneté.

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

2.2. Couverture facultative

Salariés non cadres ayant moins de 12 mois d'ancienneté

Les salariés non cadres ayant moins de 12 mois d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent accord à titre facultatif, moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article intitulé "Cotisations".

La cotisation globale acquittée sera entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur désigné à l'article 4 procédera au recouvrement de la cotisation.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe A.

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son/ou ses ayants droit moyennant le paiement d'une cotisation définie à l'article "Cotisations".

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié et l'organisme assureur désigné à l'article 4 procédera à la collecte de la cotisation.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe A.

Garanties optionnelles

Les salariés pourront souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires sera à la charge du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations seront confiés à l'organisme désigné à l'article 4.

Article 3

Adhésion et antériorité

3.1. Adhésion obligatoire

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion d'office.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information sera délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, charge à lui de la remettre à chaque salarié afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 ci-dessus auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 4.

Pendant toute la durée de l'accord, aucun salarié ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

3.2. Antériorité des régimes frais de santé d'entreprises

Les entreprises disposant déjà d'un accord au profit des salariés non cadres au jour de la signature du présent accord, comprenant une garantie complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celui fixé à l'article 5, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

Est considéré comme étant plus favorable l'accord d'entreprise qui prévoit cumulativement :

- des garanties égales au minimum à l'ensemble des garanties prévues à l'article 5 du présent accord ;
- la part de cotisation à la charge du salarié doit être inférieure ou égale à celle prévue dans cet accord.

La commission de suivi du régime, mentionnée à l'article 9 du présent accord, sera informée de l'état des adhésions et elle sera chargée de vérifier le caractère plus favorable des accords collectifs mis en place antérieurement dans les entreprises. Elle sera saisie en cas de litiges.

Article 4

Assurance et gestion du régime complémentaire frais de santé

Pour assurer la couverture et la gestion du régime d'assurance complémentaire frais de santé définie dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner l'organisme CRIA Prévoyance, 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff.

Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions fixées dans le protocole de gestion conclu entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux signataires du présent accord.

Article 5

Garanties complémentaires frais de santé

La nature et le montant des prestations offertes par le présent accord sont présentés dans le tableau faisant l'objet de l'annexe A du présent document.

Article 6

Cotisations

6.1. Taux de cotisations et répartition

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. En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la mutualité sociale agricole entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'organisme d'assurance désigné, les signataires de l'accord et l'organisme d'assurance s'engagent à réviser les cotisations et/ou les garanties, au plus tôt, de la date d'application par la mutualité sociale agricole des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et sera égale, pour l'exercice 2010, à 0,91 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Elle est répartie comme suit :

- 20 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5,50 € ;
- 80 % à la charge du salarié.

Le salarié pourra affilier, facultativement, ses ayants droit selon les options suivantes :

- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 4 le remboursement des frais de santé engagés par le conjoint moyennant un taux de cotisation spécifique de 1 % du PMSS ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 4 le remboursement des frais de santé engagés par les enfants à charge moyennant un taux de cotisation spécifique de 0,57 % du PMSS par enfant à charge avec gratuité à partir du 3^e enfant.

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009 (hors évolution de la réglementation sociale). Les cotisations évolueront par la suite, en fonction de l'équilibre du régime, de la consultation des partenaires sociaux et dans la limite de la progression de l'indice national de consommation médicale totale constaté au 1^{er} janvier.

6.2. Appel et recouvrement

Pour les salariés affiliés de manière obligatoire, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de l'organisme désigné à l'article 4 selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Les cotisations sont payables trimestriellement, à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire des cotisations dans le deuxième mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Pour les ayants droit et les salariés adhérant de manière facultative, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à l'organisme désigné à l'article 4.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois en 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 par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

6.3. 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, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 7

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 l'organisme assureur désigné à l'article 4, sans condition de période probatoire ni d'examen 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 ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

L'organisme assureur, désigné à l'article 4, procédera au recouvrement de la cotisation à la charge totale des anciens salariés et/ou des ayants droit 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 l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement, pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

Article 8

Clause de réexamen

Le régime collectif obligatoire 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. Les partenaires procéderont également, dans le même délai, à la révision du choix de l'organisme assureur et gestionnaire désigné à l'article 4.

Article 9

Protocole de gestion spécifique et de suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par l'accord font l'objet d'un protocole de gestion séparé conclu entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux signataires du présent accord. Ce protocole définit notamment les modalités de suivi du régime à savoir :

- la constitution d'une commission paritaire de suivi et de surveillance ;

- les réunions et le rôle de la commission paritaire de suivi et de surveillance ;
- la réalisation d'un bilan annuel sur les cotisations perçues, les frais de gestion, les prestations versées, les provisions constituées ;
- la transmission de données statistiques sur les entreprises adhérentes et les bénéficiaires.

La commission paritaire de suivi et de surveillance est composée de 2 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord départemental et par un nombre équivalent de représentants des organisations d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FDSEA du Tarn. Les frais sont pris en charge par l'organisme assureur. La commission peut inviter des représentants des organismes assureurs et toutes personnes jugées utiles.

La commission paritaire de suivi et de surveillance a pour mission :

- de faire le bilan des entreprises et salariés relevant du présent accord à partir des éléments fournis par l'organisme assureur désigné dans l'accord ;
- de faire un bilan annuel de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime frais de santé mis en place par l'accord ;
- 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 ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de rendre un arbitrage sur les litiges découlant des critères d'adhésion.

Article 10

Date d'effet

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Le régime sera rendu obligatoire pour les employeurs entrant dans le champ d'application de l'accord au premier jour du mois civil suivant la date à laquelle l'arrêté d'extension aura été publié et au plus tôt au 1^{er} janvier 2010.

En tout état de cause, ce régime sera applicable au sein des entreprises signataires dès le 1^{er} janvier 2010. Les autres entreprises pourront y adhérer volontairement à cette même date.

Article 11

Durée, dénonciation et dépôt

L'accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, à effet du 31 décembre de l'exercice en cours et sous réserve d'un préavis de 3 mois, selon les modalités définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

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.

ANNEXE A

Garantie complémentaire frais de santé

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base (en % de la base de remboursement du régime de base)	REMBOURSEMENT complémentaire (en % de la base de remboursement du régime de base)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (en % de la base de remboursement du régime de base)
Frais médicaux Consultations, visites, médecin ou spécialiste Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages- femmes Analyses, examens de laboratoire Radiographie, électroradiologie Participation forfaitaire sur les actes lourds Actes de prévention responsables : 2 prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	70 % de la BR 60 % de la BR 60 % de la BR 70 % de la BR De 35 % à 70 % de la BR	30 % de la BR 40 % de la BR 40 % de la BR 30 % de la BR 100 % frais réels De 30 % à 65 % de la BR Sur la totalité des actes prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR (1) 100 % de la BR 100 % de la BR 100 % de la BR 100 % frais réels 100 % de la BR sur la totalité des actes prévus par l'arrêté du 8 juin 2006
Pharmacie Vignette bleue Vignette blanche Vignette orange	65 % de la BR 35 % de la BR 15 % de la BR	35 % de la BR 65 % de la BR 85 % de la BR	100 % de la BR 100 % de la BR 100 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base (en % de la base de remboursement du régime de base)	REMBOURSEMENT complémentaire (en % de la base de remboursement du régime de base)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (en % de la base de remboursement du régime de base)
Frais d'optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait 7 % PMSS par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 7 % PMSS (2) par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires Prothèses dentaires acceptées par le régime de base Soins et honoraires Orthodontie acceptée (enfants moins de 16 ans) Inlays et onlays	70 % de la BR 70 % de la BR 100 % de la BR –	140 % de la BR + forfait 10,50 % PMSS par an et par bénéficiaire 30 % de la BR 150 % de la BR 100 % de la BR	210 % de la BR + forfait 10,50 % PMSS par année civile et par bénéficiaire 100 % de la BR 250 % de la BR 100 % de la BR
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives Prothèses auditives	65 % de la BR 65 % de la BR	35 % de la BR 390 % de la BR	100 % de la BR 455 % de la BR
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Dépassements d'honoraires	De 80 à 100 % de la BR –	De 0 à 20 % de la BR 150 % de la BR	100 % de la BR 150 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base (en % de la base de remboursement du régime de base)	REMBOURSEMENT complémentaire (en % de la base de remboursement du régime de base)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (en % de la base de remboursement du régime de base)
Chambre particulière Forfait Journalier hospitalier	- -	40 € par jour limités à 60 jours 100 % des frais réels	40 € par jour limités à 60 jours 100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % de la BR -	- Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité	100 % de la BR Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité
Transport (pris en charge par le régime de base)	65 %	35 %	100 %
(1) BR : base de remboursement du régime de base. (2) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Détail des 7 actes de prévention

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 frais de santé les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) ;
- un dépistage de l'hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- un 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 ;
- un 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 ;
- un 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 4

Le présent avenant s'applique à compter du 1^{er} janvier 2010

Article 5

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 6

Le présent avenant sera déposé conformément à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Albi, le 3 juillet 2009.

(Suivent les signatures.)