

Brochure n° 3052

**Convention collective nationale**

**IDCC : 1996. – PHARMACIE D'OFFICINE**

---

AVENANT DU 5 DÉCEMBRE 2012

RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE ET AU FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1350284M

IDCC : 1996

---

EXPOSÉ

Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998, notamment son annexe IV relative aux régimes de prévoyance des salariés de la pharmacie d'officine ;

Soucieuses d'assurer la mise à jour des dispositions des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine en précisant, pour ce dernier, l'articulation entre les différents dispositifs de maintien des garanties ainsi que du montant des cotisations des bénéficiaires du maintien de garanties à titre onéreux ;

Décidées à améliorer les garanties des salariés liés par un pacte civil de solidarité et de leurs enfants, en étendant à cette catégorie le bénéfice des prestations décès, invalidité absolue et définitive et obsèques qui sont déterminées en fonction de la situation familiale du salarié,

il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**

L'annexe IV « Régimes de prévoyance non-cadres et cadres » de la convention collective nationale susvisée est renommée « Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine ».

A l'annexe IV « Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, avant le 1 « Définition des garanties prévoyance », les mots : « Régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » sont remplacés par les mots : « Annexe IV.1. – Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine ».

A l'annexe IV « Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, avant le sous-titre « Introduction », les mots : « Régime de prévoyance des cadres » sont remplacés par les mots « Annexe IV.2. – Régime décès, incapacité de travail, invalidité et régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine ».

Le 1 « Définition des garanties prévoyance » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée, désormais intitulé « 1. Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité », est modifié comme suit :

- les mots : « Garantie décès » situés avant l'article 3 « Décès du participant » sont supprimés ;
- les mots : « Garantie incapacité de travail-invalidité » situés avant l'article 5 « Incapacité de travail » sont supprimés ;
- les mots : « Garantie maternité » situés avant l'article 8 « Garantie maternité » sont supprimés ;
- les mots : « Garantie frais de santé » situés avant l'article 9 « Garantie frais de santé », désormais intitulé « Garantie frais de soins de santé », sont remplacés par un 2 ainsi rédigé : « 2. Régime frais de soins de santé ».

Au 3<sup>e</sup> alinéa, du A « Définition » et au 5<sup>e</sup> alinéa, du B « Etendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée, les termes : « Frais de santé » sont remplacés par les termes : « Frais de soins de santé ».

L'article 9.1 « Financement de la portabilité des garanties du régime » du 2 « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 de la convention collective nationale susvisée est supprimé.

L'article 9.2 « Maintien de la garantie frais de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 de la convention collective nationale susvisée est désormais intitulé « Article 9.1. – Maintien de la garantie frais de soins de santé ». Au même article, les termes : « frais de santé » sont remplacés par les termes : « frais de soins de santé », les mots : « les Pôle emploi » par les mots : « Pôle emploi », les termes : « d'une convention de reclassement personnalisé » par les termes : « d'un contrat de sécurisation professionnelle » et les mots : « allocation spécifique de reclassement » par les mots : « allocation de sécurisation professionnelle ».

Avant l'article 10 « Cotisations », le 2 « Cotisations » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée devient le « 3. Cotisations ».

Le 3 « Gestion du régime de prévoyance » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée devient le « 5. Gestion des régimes décès, incapacité de travail, invalidité et frais de soins de santé ».

Avant le 5 « Gestion des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est inséré un 4 ainsi rédigé :

« 4. Financement de la portabilité des garanties des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé »

Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, des garanties décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé, est mis en œuvre, sans supplément de cotisation, par les régimes décès, incapacité de travail, invalidité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine, y compris en cas d'acceptation, par le bénéficiaire des prestations, d'un contrat de sécurisation professionnelle. »

## **Article 2**

L'article 1<sup>er</sup> « Bénéficiaires du régime de prévoyance » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité et maternité-paternité, de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est rédigé comme suit.

## « Article 1<sup>er</sup> »

### *Membres participants du régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité*

Les membres participants garantis au titre du présent régime décès, incapacité de travail, invalidité et maternité-paternité, sont les salariés non cadres et non assimilés cadres des pharmacies d'officine assujettis au régime général de la sécurité sociale française, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas des articles 4, 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 ainsi que ceux ne relevant pas de l'article 36 de l'annexe I de cette convention. »

Après le 4<sup>e</sup> alinéa « Personnes couvertes » du B. « Etendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est inséré l'alinéa suivant :

« Les membres participants garantis au titre du présent régime frais de soins de santé sont les salariés non cadres et non assimilés cadres des pharmacies d'officine assujettis au régime général de la sécurité sociale française, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas des articles 4, 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 ainsi que ceux ne relevant pas de l'article 36 de l'annexe I de cette convention. »

## Article 3

Le 3<sup>e</sup> alinéa du B « Montant » de l'article 3 « Décès du participant » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est remplacé par les dispositions suivantes :

« – marié ou partenaire lié par un Pacs : 220 % ; ».

L'article 3.1 « Frais d'obsèques » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est rédigé comme suit :

### « Article 3.1

#### *Frais d'obsèques*

Le décès du participant, de son conjoint ou de son partenaire lié par un Pacs, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge, ouvre droit au versement d'une allocation dont le montant est plafonné à 750 €.

Cette allocation est versée dans tous les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives des frais exposés. »

## Article 4

Après le 1<sup>er</sup> alinéa du C « Durée de paiement » de l'article 5 « Incapacité de travail » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – en cas de reprise totale de l'activité professionnelle ; ».

Après le 2<sup>e</sup> alinéa du C « Durée du paiement » de l'article 6 « Invalidité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – en cas de transformation de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente d'accident du travail ou de maladie professionnelle en pension de vieillesse servie par la sécurité sociale ; ».

Le *b* du 1 de l'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime de frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est rédigé comme suit :

« *b*) Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité de travail ou d'invalidité sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail tant que leur sont versées par la sécurité sociale les prestations en espèces au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité et, au plus tard, jusqu'à la date de liquidation de la pension de vieillesse par la sécurité sociale, la reprise totale d'activité, ou le décès ; ».

## **Article 5**

Le dernier alinéa du A « Définition » de l'article 6 « Invalidité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est supprimé.

Le dernier alinéa du A « Définition » de l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime de frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est supprimé.

## **Article 6**

L'article 7.1 « Changement d'organisme assureur. – Incidence sur les rentes en cours de service et sur le maintien de la garantie décès » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est rédigé comme suit :

« Article 7.1

*Résiliation du contrat d'assurance relatif au régime :  
incidences sur les rentes en cours de service et sur le maintien de la garantie décès*

En cas de résiliation du contrat d'assurance, notamment à la suite du changement de l'organisme assureur désigné pour assurer la mise en œuvre du régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité, ou à la suite de la dénonciation de l'accord collectif de branche instituant ledit régime, l'organisme assureur est tenu d'assurer le service des rentes en cours au niveau qu'elles avaient atteint à la date de la résiliation du contrat. Les revalorisations futures des rentes en cours de service seront poursuivies, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale. Elles seront à la charge du nouvel assureur.

La garantie décès sera maintenue pour les bénéficiaires des rentes d'incapacité de travail et d'invalidité, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, à la charge de l'ancien assureur. Les revalorisations futures des bases de calcul du capital décès seront à la charge du nouvel assureur. »

## **Article 7**

Après l'article 7.1 « Résiliation du contrat d'assurance relatif au régime : incidences sur les rentes en cours de service et sur le maintien de la garantie décès » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée, il est inséré un article 7.2 ainsi rédigé :

« Article 7.2

*Clause de revalorisation*

Chaque année, en fonction des résultats techniques et financiers de la convention d'assurance mettant en œuvre le régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité, du montant de la réserve générale et du montant de la réserve générale initiale, le comité de gestion se prononce, sur délégation de la commission paritaire nationale mentionnée à l'article 23 des dispositions géné-

rales de la présente convention collective, sur la revalorisation des prestations en cours de service et, s'agissant de la garantie décès, du traitement de base.

Lorsqu'il arrête le niveau de la revalorisation annuelle des rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service, le comité de gestion prend en compte l'évolution du point de retraite ARRCO, du point conventionnel de salaire sur la base duquel sont calculés les salaires minima des salariés de la pharmacie d'officine ainsi que le taux d'évolution de l'indice INSEE des prix de l'exercice précédent. Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite de la somme du montant de la réserve générale et du montant de la réserve générale initiale arrêtée au 31 décembre de l'exercice précédent. Le traitement de base est revalorisé comme les rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service.

Si la décision de revaloriser est prise, le montant d'origine des prestations en cours de service, indemnité journalières, pension et rente d'invalidité ainsi que le traitement de base sont revalorisés. »

### Article 8

Au *a* du 2 de l'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée, les mots : « les chômeurs de plus de 60 ans et » sont supprimés. Au même 2 sont insérés un *f* et un *g* ainsi rédigés :

« *f*) Les bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité, versées par la sécurité sociale lors du licenciement et qui ne peuvent plus prétendre au maintien de la garantie à titre gratuit défini au *b* du 1 du présent article, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le terme du délai fixé au *b* du 1 du présent article (12 mois maximum à compter de la rupture du contrat de travail) ;

*g*) Les anciens salariés à l'issue de la période de maintien de garantie en application des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail (portabilité), sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la fin de cette période de maintien de garantie. »

Au même article, il est également créé un 4 ainsi rédigé :

« 4. En cas de changement de l'organisme assureur désigné, l'organisme assureur nouvellement désigné propose à chacun des assurés mentionnés aux 1 et 2 du présent article la poursuite de la garantie de frais de soins de santé aux conditions fixées par les contrats de l'ancien organisme assureur. Les assurés qui refusent cette proposition ne peuvent plus prétendre au bénéfice des dispositions du régime de frais de soins de santé.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux contrats des assurés mentionnés du 3 du présent article et bénéficiant du maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé, en vertu des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail (portabilité).

Les actifs représentatifs des provisions techniques et réserves constituées par l'ancien organisme assureur au titre des contrats des assurés qui ont souscrit les contrats proposés par le nouvel organisme assureur sont transférés à celui-ci. »

### Article 9

Le B « Exonération des cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est ainsi rédigé.

## « B. – Exonération des cotisations »

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un participant donnant lieu au paiement de prestations en espèces de la sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement de la totalité des cotisations afférentes à ces garanties ainsi qu'à la garantie frais de soins de santé tant que lesdites prestations sont versées par la sécurité sociale et, au plus tard, jusqu'à la reprise totale d'activité, la date de liquidation de la pension de vieillesse par la sécurité sociale, la rupture du contrat de travail ou le décès. »

Le C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations » de l'annexe IV.1 à la convention collective nationale susvisée est rédigé comme suit :

## « C. – Taux de cotisations »

### 1. Participants en activité

#### a) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

Les taux de cotisations représentent 3,24 % du traitement de base (dont 2,04 % à la charge de l'employeur et 1,20 % à la charge du salarié) et 0,82 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (dont 0,41 % à la charge de l'employeur et 0,41 % à la charge du salarié), répartis comme suit :

*(En pourcentage.)*

	DÉCÈS	INCAPACITÉ- invalidité maternité-paternité	FRAIS DE SOINS de santé	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,24	1,22	0,58	0,41
Salarié	0,16	0,65	0,39	0,41 (*)
Total	0,40	1,87	0,97	0,82 (*)
(*) Sous réserve des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples figurant au d.				

#### b) Pharmacies situées en Alsace-Moselle

Les taux de cotisations représentent 3,01 % du traitement de base (dont 1,90 % à la charge de l'employeur et 1,11 % à la charge du salarié) et 0,64 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (dont 0,32 % à la charge de l'employeur et 0,32 % à la charge du salarié), répartis comme suit :

*(En pourcentage.)*

	DÉCÈS	INCAPACITÉ- invalidité maternité-paternité	FRAIS DE SOINS de santé	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,24	1,22	0,44	0,32
Salarié	0,16	0,65	0,30	0,32 (*)
Total	0,40	1,87	0,74	0,64 (*)
(*) Sous réserve des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples figurant au d.				

c) Salariés à temps partiel

Pour chaque salarié exerçant une activité à temps partiel :

- les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par le participant ;
- la cotisation afférente aux frais de soins de santé exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est une somme forfaitaire. Elle est due dans son intégralité, quelle que soit la durée de travail stipulée au contrat de travail.

d) Salariés à employeurs multiples

Les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par le participant.

La quote-part patronale de la cotisation forfaitaire afférente aux frais de soins de santé exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est due dans son intégralité par chaque employeur. En revanche, la quote-part salarié de cette cotisation varie en fonction du nombre d'employeurs. Elle est fixée comme suit :

Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

DEUX EMPLOYEURS	TROIS EMPLOYEURS	QUATRE EMPLOYEURS et plus
0,21	0,14	0,10

Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

DEUX EMPLOYEURS	TROIS EMPLOYEURS et plus
0,16	0,11

2. Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties

a) Peuvent bénéficier, selon les modalités fixées au 2 de l'article 9.1 du maintien de la garantie frais de soins de santé moyennant le versement d'une cotisation dont le montant est déterminé chaque année par la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine, sur proposition du comité de gestion, dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 :

- les chômeurs de plus de 6 mois licenciés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994 ;
- les bénéficiaires d'un contrat de solidarité ;
- les retraités, les préretraités FNE, les bénéficiaires d'un contrat ARPE, les anciens déportés ;
- les ayants droit de l'assuré décédé ;
- les bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle ;
- les bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité, versées par la sécurité sociale lors du licenciement et qui ne peuvent plus prétendre au maintien de la garantie à titre gratuit défini au b du 1 de l'article 9.1 ;
- les anciens salariés à l'issue de la période de maintien de garantie, en application des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail (portabilité).



Le montant de la cotisation annuelle fixé, pour l'exercice 2012, à :

- 948 € par adulte ;
- 224 € par enfant à charge,

s'élève, pour l'exercice 2013, à :

- 984 € par adulte ;
- 232 € par enfant à charge.

Toutefois, il est précisé que les bénéficiaires d'un contrat de solidarité et les retraités ayant 10 ans d'activité salariée en pharmacie d'officine, validés par la CGIS, dont les revenus sont inférieurs à :

- 19 € par jour et par personne (pour un couple) ;
- 22 € par jour pour un célibataire, veuf ou divorcé,

sont exonérés de la cotisation.

b) Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique peuvent bénéficier du maintien des garanties « frais de soins de santé » et « décès » moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite au plus tard dans les 30 jours qui suivent la suspension du contrat de travail.

Le montant de la cotisation annuelle, fixé pour l'exercice 2012 à 1 284 €, s'élève pour l'exercice 2013 à 1 332 €.

c) Le montant des différentes cotisations visées aux a et b du présent 2 est révisé chaque année par la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine, sur proposition du comité de gestion. »

## Article 10

Le dernier alinéa de l'article 23 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Une fois tous les 5 ans et conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine se réunit afin de procéder à l'examen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques, d'une part, pour le régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et, d'autre part, pour le régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine.

Pour cet examen, l'organisme assureur désigné adresse à la commission paritaire, avant le 30 juin de l'exercice auquel il est procédé à cet examen, les comptes annuels approuvés par le comité de gestion de chacun des deux régimes pour les cinq derniers exercices ainsi que les documents de présentation annexés à ces comptes. Il est également fourni par l'organisme assureur un tableau récapitulatif, pour chacun de ces exercices, le nombre de pharmacies d'officine adhérentes, nouvellement affiliées ou disparues. L'organisme assureur désigné peut adresser à la commission paritaire tout document qu'il juge utile aux travaux de celle-ci.

La date de la réunion de la commission paritaire au cours de laquelle il est procédé à cet examen est fixée, au plus tard, au cours du mois de janvier précédent. Cinq mois avant la date de cette réunion, la commission paritaire mandate un expert, indépendant de l'organisme assureur désigné ainsi que de son principal réassureur et du ou des gestionnaires auxquels il a, le cas échéant, délégué tout ou partie de la gestion des régimes, aux fins d'élaborer un rapport sur la situation d'ensemble de chacun des deux régimes au cours des cinq exercices écoulés. L'expert rend son rapport au plus tard 15 jours avant la réunion de la commission paritaire, qui l'auditionne lors de ladite réunion. A la demande de l'organisme assureur désigné, celui-ci est également auditionné par la commission paritaire lors de cette réunion.

Dans un délai de 1 mois suivant sa décision, la commission paritaire informe, par courrier, l'organisme assureur désigné des conclusions du réexamen. La commission paritaire peut assortir cette information de demandes ou de recommandations à l'adresse de l'organisme assureur désigné.



Les pièces relatives à l'examen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques, d'une part, pour le régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et, d'autre part, pour le régime frais de soins de santé, sont confidentielles. Elles sont conservées à la diligence de chaque organisation syndicale qui compose la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine. »

Le 8 de l'article 9 « Contrat de prévoyance » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée est complété par la phrase suivante :

« Ce réexamen s'effectue dans les conditions prévues à l'article 23 des dispositions générales de la présente convention collective. »

### **Article 11**

Le présent avenant prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 5 décembre 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisations patronales :**

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

#### **Syndicats de salariés :**

FSS CFTC ;

Fédération nationale de la pharmacie FO ;

FNSCIC CFE-CGC.