

Brochure n° 3372

Convention collective nationale

**IDCC : 3090. – SPECTACLE VIVANT
(Entreprises du secteur privé)**

ACCORD DU 15 DÉCEMBRE 2015

RELATIF AU RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650545M

IDCC : 3090

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux signataires rappellent :

- que les salariés dit « intermittents du spectacle » au sens de l'article 1.2.2 de l'accord inter-branches du 20 décembre 2006 (tel que modifié par l'avenant du 16 juin 2008) bénéficient d'une garantie frais de santé depuis l'entrée en application dudit avenant ;
- qu'il a été mis en place sous certaines conditions avant la signature de la convention collective nationale des entreprises du secteur privé du spectacle vivant privé IDCC n° 3090 (ci-après « la CCNSVP ») pour les théâtres privés membres du SNDTP et pour les entreprises qui appliquaient l'ancienne convention collective nationale de la branche chanson, variétés, jazz, musiques actuelles (IDCC n° 2322) du 30 avril 2003 un financement de la complémentaire frais de santé des salariés non intermittents et qui a été repris dans le cadre de l'annexe II de la CCNSVP sous certaines conditions.

Au travers du présent accord, les partenaires sociaux expriment la volonté que les salariés non encore couverts par un accord collectif au titre de la complémentaire santé bénéficient d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans des conditions définies par eux, plus favorables que celles fixées par la loi et les règlements, sous réserve du respect des exigences de plafond posées par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables ».

Le présent accord est conclu conformément aux dispositions de la loi n° 22013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Le titre I^{er} ci-après définit :

- les bénéficiaires de cette couverture ainsi que les cas et conditions de dispense d'affiliation ;
- le contenu et le niveau des garanties minimales dont devront bénéficier les personnes couvertes, lesquels ont été définis en conformité avec les exigences des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables » ;
- les cotisations et la répartition de leur charge entre employeur et salarié.

Le titre II se réfère à un organisme labellisé Audiens qui s'engage, par contrat, à couvrir les bénéficiaires de la couverture mise en place par le présent accord aux tarifs et conditions définis ci après par les partenaires sociaux.

Cette labellisation a notamment pour objet de donner l'assurance que la couverture proposée par l'organisme référencé dans le présent accord est bien conforme aux garanties minimales définies au titre I^{er} et qu'elle profite de conditions économiques avantageuses.

Etant ici précisé que les garanties définies au titre I^{er} sont supérieures au panier de soins légal fixé par décret du 18 septembre 2014 codifié aux articles D. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

TITRE I^{ER}

RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord s'applique, sur le territoire métropolitain et dans les départements et collectivités d'outre-mer, à l'ensemble des entreprises de la branche du spectacle vivant privé au sens de l'article 1^{er} du titre I^{er} de la CCNSVP ainsi qu'à l'ensemble de leurs salariés, à l'exclusion des salariés visés à l'article 1.2.2 de l'accord interbranches du 20 décembre 2006 (dans sa rédaction issue de l'avenant du 16 juin 2008) instituant des garanties collectives et obligatoires pour l'ensemble des intermittents du spectacle ⁽¹⁾ et des salariés visés au deuxième tiret de l'article 2 du chapitre IV.1 du titre IV de l'annexe II de la CCNSVP (tel que modifié par l'avenant du 19 juin 2012) ⁽²⁾.

Article 2

Objet

Le présent accord instaure un régime obligatoire de complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés entrant dans le champ d'application défini à l'article 1^{er} du présent accord (ci-après les salariés) de l'ensemble des entreprises de la branche du secteur du spectacle vivant privé au sens de l'article 1^{er} du titre I^{er} de la CCNSVP.

Il définit pour ces salariés une couverture minimale en matière de remboursements de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, sous réserve du respect des exigences de plafond posées par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables ».

Au 1^{er} janvier 2016, chaque entreprise du champ de la CCNSVP doit avoir conclu un contrat collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé avec l'organisme de son choix, permettant la mise en œuvre de cette couverture et en avoir informé par écrit chaque salarié.

(1) 2.2. Salariés bénéficiaires

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés cadres et non cadres, artistiques et techniques, employés à contrat à durée déterminée, dont la fonction est reprise, soit dans la liste des emplois pour lesquels le recours au contrat de travail à durée déterminée d'usage est autorisé par la convention collective, soit dans la liste des emplois des annexes VIII et X au régime d'assurance chômage. Ils seront ci-après dénommés les « intermittents du spectacle ».

(2) Pour les garanties « Frais de soins de santé » prévues au IV.3 du présent titre, l'ensemble des salariés permanents de ces mêmes entreprises, dont la durée de présence dans l'entreprise est égale ou supérieure à 6 mois.

Définition : on entend par salariés permanents les salariés employés en contrat à durée indéterminée ou en contrat à durée déterminée non éligibles au bénéfice du régime propre aux intermittents du spectacle (annexes VIII et X du régime d'assurance chômage) issu de l'accord interprofessionnel du 18 décembre 2006.

Les garanties de ce contrat, les conditions pour y adhérer, la structure des cotisations et la répartition de leur charge entre employeur et salarié doivent répondre aux dispositions du présent titre I^{er}.

Article 3

Bénéficiaires

3.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Sont bénéficiaires à titre obligatoire de la couverture mise en place par le présent accord, sous réserve des articles 3.2 et 3.3, les salariés entrant dans le champ d'application défini à l'article 1^{er} du présent accord.

3.2. Dispenses d'affiliation

Pourront toutefois être dispensés de s'affilier au contrat de complémentaire frais de santé souscrit par l'employeur, sans remettre en cause le caractère collectif et obligatoire de celui-ci, s'ils en font la demande par écrit :

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation représentant au moins 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois sous réserve de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle frais de santé souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective frais de santé relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (notamment en tant qu'ayant droit de leur conjoint), à condition d'en justifier chaque année.

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 26 mars 2012, la dispense d'adhésion est accordée aux salariés qui bénéficient y compris en tant qu'ayants droit de prestations servies dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au 6^e alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

La dispense ne peut jouer pour un salarié ayant droit au titre de la garantie dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire :

- par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
- dans le cadre des dispositions relatives à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- dans le cadre des dispositions relatives à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi Madelin relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

3.3. Possibilité d'un versement de substitution

(art. L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale)

Pour les salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure aux plafonds fixés par le décret pris en application de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, la couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident instituée par le présent accord peut également être assurée par le biais d'un versement par l'employeur d'une somme représentative du financement résultant de l'application du présent accord et qui s'y substitue alors. Cette contribution prend la forme d'un « chèque santé ».

L'octroi de cette contribution patronale est conditionné par l'obligation pour le salarié d'adhérer à un contrat individuel de frais de soins de santé « responsable ». Le salarié devra justifier cette adhésion auprès de son employeur.

Ce « chèque santé » ne peut être cumulé avec le bénéfice de la CMU-C, avec l'ACS ou encore avec une couverture collective obligatoire santé, y compris en tant qu'ayant droit, ni avec une couverture complémentaire donnant lieu à participation financière d'une collectivité publique.

3.4. Bénéficiaires à titre facultatif

Les salariés ont la possibilité d'affilier leurs ayants droit à titre facultatif et à leur charge exclusive. La notion d'ayant droit recouvre les bénéficiaires suivants :

- le conjoint, pacsé, concubin notoire ;
- les enfants de l'assuré, de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs à charge au sens de la sécurité sociale de moins de 21 ans ;
- ou jusqu'à 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat de travail à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- ou quel que soit leur âge pour les enfants en situation de handicap percevant une allocation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sous réserve que leur handicap ait été reconnu avant 18 ans (ou avant 26 ans pour ceux qui remplissent les conditions ci-dessous).

3.5. Conséquences de la suspension du contrat de travail

3.5.1. Périodes de suspension du contrat de travail ouvrant droit à une indemnisation du salarié mise, au moins pour partie, à la charge de l'employeur

Les salariés bénéficiaires dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient, dans ce cadre, d'un maintien de salaire total ou partiel ou du versement d'indemnités financées au moins en partie par l'employeur, comme par exemple de la garantie de salaire prévue aux articles XI.2 et XI.4 de la CCNSVP, restent affiliés au régime aux mêmes conditions que les salariés en activité durant la suspension de leur contrat de travail et tant que l'employeur assure un maintien de tout ou partie de la rémunération ou prend en charge une partie des indemnités dont ils bénéficient.

3.5.2. Autres cas de suspension du contrat de travail

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, les salariés bénéficiaires peuvent, sur leur demande, continuer à bénéficier du régime sous réserve d'acquitter eux-mêmes la totalité de la cotisation correspondante.

3.6. Conséquences de la rupture du contrat de travail

3.6.1. Portabilité

En cas de rupture de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés bénéficient du maintien du régime collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'office, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. L'employeur est tenu d'informer le salarié de cette disposition dans les conditions prévues à l'article 4 ci-après.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Ce maintien de garanties est gratuit pour le salarié et pour l'employeur. Il est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire frais de santé des salariés en activité.

3.6.2. Maintien de la couverture complémentaire frais de santé en application de l'article 4 de la loi « Evin »

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », la couverture du régime complémentaire frais de santé est maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient. L'obligation de proposer le maintien de la couverture complémentaire frais de santé à ces anciens salariés incombe à l'organisme assureur, l'employeur n'intervenant pas dans le financement de cette couverture.

Article 4

Obligation d'information des salariés sur le contrat collectif et obligatoire de frais de santé souscrit par l'employeur

Conformément à l'article 12 de la loi « Evin », l'employeur doit remettre à chaque salarié affilié au contrat de complémentaire frais de santé applicable au sein de l'entreprise une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant les garanties souscrites et leurs modalités d'application, ainsi que toutes les mises à jour de ce document.

Ces informations peuvent être délivrées par tout moyen adapté permettant de répondre effectivement à cette obligation, notamment courrier, courriel, intranet.

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité, l'employeur mentionne dans le certificat de travail une information sur les droits du salarié au titre de la portabilité des garanties.

Article 5

Garanties

Les garanties définies ci-après constituent le socle de remboursements dont les salariés couverts par cet accord doivent bénéficier. Ces garanties sont conformes aux exigences de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Elles sont également conformes à celles des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction en vigueur à la date de conclusion du présent accord, relatives aux contrats dits « responsables ». L'ensemble des remboursements ci-dessous s'entend dans la limite des dépenses réelles et sur justification. Par ailleurs, lorsque le régime intervient en surcomplémentaire, son intervention vient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire.

(Voir tableaux pages suivantes.)

Régime conventionnel Frais de Soins de Santé	
Hospitalisation MEDICALE OU CHIRURGICALE	
Frais et honoraires chirurgicaux	
<i>Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)</i>	Ticket Modérateur + 230% BR
<i>Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)</i>	Ticket Modérateur + 125% BR
Frais de séjour	200% BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100% de la participation forfaitaire
Chambre particulière	50 € par jour
Frais de lit d'accompagnant	15 € par jour
Médecine courante	
Consultations, visites de généralistes et spécialistes	
<i>Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)</i>	Ticket Modérateur + 145% BR
<i>Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)</i>	Ticket Modérateur + 125% BR
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux	
<i>Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)</i>	Ticket Modérateur + 145% BR
<i>Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)</i>	Ticket Modérateur + 125% BR
Analyses médicales, imagerie médicales, radiologie, échographie	
<i>Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)</i>	Ticket Modérateur + 145% BR
<i>Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)</i>	Ticket Modérateur + 125% BR
Auxiliaires médicaux	125% BR
Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale autres que dentaires&auditives	65% BR
Prothèses auditives remboursées par la Sécurité Sociale	400 € par oreille (maxi 2 par an) + 65% BR
Petit appareillage remboursé par la Sécurité Sociale	100% BR
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie non remboursées par la Sécurité Sociale	100 € par an et par bénéficiaire
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	Ticket Modérateur

Régime conventionnel Frais de Soins de Santé		
Dentaire		
Soins dentaires	Ticket Modérateur	
Inlays/Onlays remboursés par la Sécurité Sociale	200% BR	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (y compris prothèse sur implant)	350% BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale	240% BR ⁽¹⁾	
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	250% BR	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (assuré de moins de 25 ans)	100% BR ⁽²⁾	
Optique		
Forfait par verre ⁽³⁾	Unifocaux (selon la dioptrie)	Multifocaux (selon la dioptrie)
de 0 à 4	160 €	250 €
de 4,25 à 6	185 €	288 €
de 6,25 à 8	222 €	300 €
à partir de 8,25	277 €	311 €
Monture ⁽³⁾	100 €	
Lentilles correctrices remboursées y compris jetables	126 € par an et par bénéficiaire (minimum	
Lentilles correctrices non remboursées y compris jetables	126 € par an et par bénéficiaire (minimum TM)	
Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale	Ticket Modérateur	
Maternité		
Allocation naissance ou adoption	8% PMSS par enfant	
Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5% PMSS par jour	
Autres remboursements		
Transport remboursé par la Sécurité Sociale	Ticket Modérateur	
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité Sociale	3% PMSS par an et par bénéficiaire	
Actes de prévention		
Sevrage tabagique : patchs inscrits sur la liste de la Sécurité Sociale	80 € par an et par bénéficiaire	

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale soit 3218 € au 01/01/2016

Les actes en secteur non-conventionné sont remboursés sur la base du TARIF D'AUTORITE

(1) Reconstituer sur une BRSS à 107 ,5€

(2) Reconstituer sur une base d'un T090

(3) Un équipement optique « verres et monture » pris en charge par période de deux ans (la période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de 1 an

CAS « contrat d'accès aux soins » : dispositif mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, avec (objectif principal d'améliorer l'accès aux soins ; il incite les médecins (secteur 2) à modérer leur pratique tarifaire et en contrepartie améliore la prise en charge de leurs patients qui seront remboursés sur la base des tarifs du secteur 1.

Pour les salariés relevant du régime Local d'assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale - comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire - qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime. »

Article 6

Financement du régime collectif complémentaire frais de santé et obligatoire

6.1. Structure de la cotisation

Le contrat de complémentaire frais de santé conclu par l'employeur doit prévoir deux groupes de cotisation :

- salarié adhérent seul, cotisation « isolé » ;
- salarié adhérent avec des ayants droit à charge.

Afin de garantir à l'ensemble des salariés un niveau de couverture global identique, régime de base compris, chacun des groupes de cotisation comprend différents montants selon que le salarié est affilié :

- au régime obligatoire local de l'Alsace-Moselle ;
- au régime général de la sécurité sociale.

6.2. Répartition de la charge de la cotisation entre employeur et salarié

Conformément à l'article L. 911-7-II du code de la sécurité sociale, l'employeur assume la moitié du financement de la seule couverture du salarié, tel que visé à l'article 6.1 ci-dessus, cotisation « isolé ». Le financement des cotisations au titre des éventuels ayants droit est à la charge exclusive du salarié.

Les parties conviennent de revoir les modalités de répartition fixées à cet article dans un délai de 12 mois.

TITRE II

LABELLISATION

Article 7

Organisme labellisé

Un contrat conforme aux dispositions du présent accord, auquel les employeurs peuvent adhérer dans les conditions ci-après définies, est conclu entre l'institution de prévoyance Audiens et les partenaires sociaux signataires pour assurer la couverture de complémentaire frais de santé des salariés relevant de la CCNSVP.

Article 8

Cotisations appelées par l'organisme labellisé pour les bénéficiaires à titre obligatoire

8.1. Cotisation

La cotisation appelée par l'organisme labellisé pour les bénéficiaires à titre obligatoire et correspondant aux garanties définies à l'article 5 ci-dessus est fixée comme suit :

- salarié affilié au régime général de la sécurité sociale :
 - isolé : 32 € ;
 - famille (conjoint et/ou enfants) facultative :
 - conjoint : 39,90 € ;
 - enfant : 16,10 € ;
- salarié affilié au régime obligatoire local de l'Alsace-Moselle :
 - isolé : 26,40 € ;
 - famille (conjoint et/ou enfants) facultative :
 - conjoint : 32,82 € ;
 - enfant : 13,19 €.

8.2. Evolution des cotisations et des garanties

Les taux de cotisation précisés à l'article 8.1 ci-dessus sont garantis par l'organisme labellisé jusqu'au 31 décembre 2017 hors évolutions législatives et réglementaires.

A l'issue de cette période, et en fonction de l'équilibre financier du régime, les garanties et/ou les cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par les partenaires sociaux réunis en commission mixte paritaire de la convention collective, après présentation des comptes par l'organisme recommandé.

Le taux de cotisation évoluera dans le temps en fonction de la consommation médicale totale (CMT).

Article 9

Garanties surcomplémentaires

L'organisme labellisé peut proposer aux salariés affiliés de souscrire des garanties facultatives surcomplémentaires à celles du socle défini à l'article 5. Ces garanties sont alors souscrites à titre facultatif et financées en totalité par le salarié, pour lui-même et ses éventuels ayants droit. Elles font l'objet d'un contrat spécifique, juridiquement distinct du contrat instaurant les garanties correspondant au socle défini à l'article 5.

Article 10

Suivi du contrat conclu avec l'organisme labellisé

Le contrat de complémentaire frais de santé conclu entre les partenaires sociaux et l'organisme labellisé est soumis au contrôle des partenaires sociaux réunis en commission mixte paritaire de la convention collective.

Une présentation sera effectuée par l'organisme recommandé à cette fin, au moins 2 fois par an.

Les modalités d'organisation de labellisation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1-III du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

Les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Article 11

Conditions de résiliation du contrat conclu avec l'organisme labellisé

Le contrat conclu entre les partenaires sociaux signataires du présent accord et l'organisme labellisé peut être résilié par lettre recommandée avec avis de réception chaque année à la date anniversaire de la prise d'effet dudit contrat :

- par les partenaires sociaux sus-cités, sous réserve de respecter un préavis de 2 mois ;
- par l'organisme labellisé, sous réserve de respecter un préavis de 6 mois, sauf pour l'année du réexamen quinquennal où le délai de préavis sera de 12 mois.

TITRE III

CONDITIONS D'APPLICATION

Article 12

Entrée en vigueur et durée

Le présent accord à durée indéterminée entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 13

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra être révisé dans les conditions prévues aux articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail. Il pourra être dénoncé dans les conditions prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Article 14

Dépôt. – Publicité. – Extension

Le présent accord sera déposé, conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail. Il sera porté à la connaissance des employeurs et des salariés.

Fait à Paris, le 15 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

SNES ;
PRODISS ;
CSCAD ;
SMA ;
SCC ;
SNDTP ;
SNC.

Syndicats de salariés :

SFA CGT ;
SNAM CGT ;
SYNPTAC CGT ;
SNM FO ;
FCCS CFE-CGC ;
FNSAC CGT ;
FASAP FO ;
FC CFTC ;
F3C CFDT ;
SNAPS CFE-CGC ;
SNSV FO ;
SNACOPVA CFE-CGC ;
SCSL CFTC ;
SN2A FO.