

Accord collectif
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Gers)
(17 septembre 2009)
(Étendu par arrêté du 25 février 2010,
Journal officiel du 5 mars 2010)

AVENANT N° 4 DU 31 JANVIER 2017
À L'ACCORD DU 17 SEPTEMBRE 2009 RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ
NOR : AGRS1797222M

Entre
FDSEA
FDCUMA
Syndicat des entrepreneurs des territoires du Gers
Coordination rurale 32

D'une part, et
SNCEA CFE-CGC
SGA CFDT du Gers ;
Syndicat départemental FGTA FO
Syndicat départemental FNAF CGT

D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le respect des dispositions légales depuis 1^{er} janvier 2016 obligeant l'employeur à affilier tous ses salariés dès le premier jour et la parution du décret sur les cas dispenses et le dispositif versement santé le 30 décembre 2015, ont nécessité une adaptation de l'accord départemental.

Comme l'ont fait les partenaires sociaux nationaux dans l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 à 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 du Gers ont donc voulu rendre applicable le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois, dès leur premier jour de contrat.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois et ceux bénéficiaires d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires, les partenaires sociaux ont décidé de les faire bénéficier du dispositif versement santé, tel que prévu

par la loi (décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016).

Les organisations syndicales et professionnelles agricoles s'engagent à solliciter l'organisme assureur afin qu'il propose à titre facultatif la couverture santé individuelle aux salariés en contrats de travail de courte durée et aux salariés à temps partiel prévue dans cet accord.

Autres modifications :

- mise à jour des tarifs du fait de la suppression des tarifs en cas de demande d'affiliation avant l'ancienneté précédemment requise ;
- aménagement des tableaux des garanties conformément aux dispositions réglementaires respectant ainsi l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Article 1^{er}

Modifications apportées à l'article 1 « Champ d'application »

Le premier paragraphe « Champ d'application professionnel » est modifié comme suit :

« Le présent accord s'applique sur le département du Gers aux :

Salariés agricoles relevant du présent accord, non affiliés à l'AGIRC.

Et aux employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières), des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture, des entreprises du territoire, des CUMA. »

Article 2

Modifications apportées à l'article 3 « Salariés bénéficiaires »

L'article 3 est modifié comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés non cadres, non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces deux dernières catégories de salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'article 4 *bis* créé ci-après. »

Article 3

Modification de l'article 4 « Affiliation »

Le paragraphe relatif aux dispenses d'affiliation est complété comme suit :

« Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix. »

Article 4

Création d'un article 4 bis « Dispositif versement santé »

Il est créé un article 4 *bis* « Dispositif versement santé » rédigé comme suit :

« Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1^{er} janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les partenaires sociaux décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires et pour ceux titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée hebdomadaire inférieure à 15 heures, d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois ou d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires.

Conditions

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur...)

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :

- la couverture maladie universelle – complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités

Lors de la conclusion du contrat de travail à temps partiel, à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l'employeur :

- de l'existence du dispositif versement santé ;
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit remettre à l'employeur l'attestation de l'adhésion à une complémentaire santé responsable.

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé.

Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures travaillées au cours du mois.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS. »

Article 5

Modification de l'article 7 « Cotisations »

Le paragraphe 1 « Taux et répartition » est inchangé.

La partie « A. – Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul » est inchangée :

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime « complémentaire frais de santé » est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égale à 1,07 % du PMSS.

La cotisation obligatoire est répartie à raison de :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

La partie « B. – Garanties facultatives » est modifiée ainsi :

« Extension famille :

+ 1,91 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter, selon le cas, la ou les cotisations supplémentaires suivantes, soit :

- + 0,16 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié seul ;
- + 0,28 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille du salarié.

Toutes les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. Elles s'ajoutent aux cotisations obligatoires.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 6

Mise à jour des tableaux des garanties

Les annexes I et II sont annulées et remplacées par :

Annexe 1 – Garantie Complémentaire de base frais de santé :

Niveau 1 BASE	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire (régime de base inclus)
Nature des risques			
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Médecins non adhérents hors DPTM (1)	-	80% BR	80% BR
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie, et ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de prévention (2)	de 35% à 70% BR	De 65% à 30% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% BR	40% BR	100% BR
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35% BR	100% BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70% BR	100% BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85% BR	100% BR
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE			
Fourniture médicales, pansements, gros et petits appareillage, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60% ou 100% BR	200% ou 240% BR	300% BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60% BR	395% BR + 200€/an	455 BR + 200€/an
HOSPITALISATION (conventionné ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Honoraires	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	400% BR	400% BR
Médecins non adhérents hors DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	-	52€j pendant 60 jours puis 25€/jour	52€j pendant 60 jours puis 25€/jour
Frais accompagnement (moins de 16 ans) (limité à 30j/an)	-	52€j	52€j
MATERNITE (conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	100% BR		100% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200% BR	200% BR
Médecins non adhérents hors DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	-	52€j	52€j
DIVERS			
Cure thermales : frais balnéaires remboursés par le régime de base (honoraires médicaux, transports, hébergements, surveillance)	65% BR	35% BR	100% BR
Transports remboursés par le régime de base	65% BR	35% BR	100% BR
Forfait actes lourds (4)	-	100% FR	100% FR
OPTIQUE			
Equipement verres + monture (5)		Plafond max monture 150€	Plafond max monture 150€
Equipement monture + 2 verres simples (6)	60% BR	370€	60% + 370€
Equipement monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (6)	60% BR	510€	60% + 510€
Equipement monture + 2 verres complexes ou très complexes, ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (6)	60% BR	650€	60% + 650€
Lentilles remboursées par le régime de base (par an)	60% BR	395% BR + 350€	455% BR + 350€
DENTAIRE			
Soins dentaires	70% BR	30% BR	100% BR
Inlay Cores	70% BR	55% BR	125% BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronne implanto-portée ; hors Inlays cores et Inlays/Onlays)	70% BR	140% BR + crédit 350€/an/bénéficiaire	210% BR + crédit 350€/an/bénéficiaire
Actes Inlays Onlays	70% BR	30% BR	100% BR
Couronne implanto portée	70% BR	55% BR	125% BR
Parodontologie (7)	-	100€/ an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire

Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	150% BR	220% BR ou 250% BR
--	----------------	---------	--------------------

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-Co) ;

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18/11/2014):

- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- dépistage Hépatite B ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) A l'exclusion des établissements médicaux sociaux

(4) forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2015). Il est donc dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€(ou dont le coefficient est supérieur à 60).

(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(6) Verres simples : sphère comprise entre -6 +6 dioptries ou/et cylindre <=4 dioptries

Verres complexes :

- verres simple foyer sphère hors zone > -6 ou +6 dioptries ou cylindre > +4 dioptries) ;
- verres multifocaux ;
- verres progressifs.

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.

BR : Base de remboursement du régime de base de Sécurité sociale ; FR : Frais réels ; TM : Ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement du régime de base de Sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires) ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Annexe 2 – Garanties Complémentaires de base + Garanties optionnelles :

Niveau 2 BASE + OPTION	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire (régime de base inclus)
Nature des risques			
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200% BR	200% BR
Médecins non adhérents hors DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie, et ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de prévention (2)	de 35% à 70% BR	De 65% à 30% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% BR	40% BR	100% BR
Honoraires de médecines douce : ostéopathie		22€/an/bénéficiaire limité à 4 séances/an	22€/an/bénéficiaire limité à 4 séances/an
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35% BR	100% BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70% BR	100% BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85% BR	100% BR
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
Médicaments prescrits non remboursés par le régime de base	-	40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE			
Fourniture médicales, pansements, gros et petits appareillage, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60% ou 100% BR	400% ou 440% BR	500% BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60% BR	395% BR + 350€/an	455 BR + 350€/an
HOSPITALISATION (conventionné ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Honoraires	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	400% BR	400% BR
Médecins non adhérents hors DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	-	52€j pendant 60 jours puis 25€/jour	52€j pendant 60 jours puis 25€/jour
Frais accompagnement (moins de 16 ans) (limité à 30j/an)	-	52€j	52€j
MATERNITE (conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	100% BR		100% BR

Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200% BR	200% BR
Médecins non adhérents hors DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés) (3)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	-	52€j	52€j
DIVERS			
Cure thermales : frais balnéaires remboursés par le régime de base (honoraires médicaux, transports, hébergements, surveillance)	65% BR	35% BR	100% BR
Transports remboursés par le régime de base	65% BR	35% BR	100% BR
Forfait actes lourds (4)	-	100% FR	100% FR
OPTIQUE			
Equiperment Verres + Monture (5)		Plafond max de monture 150€	Plafond max de monture 150€
Equiperment monture + 2 verres simples (6)	60% BR	470€	60% BR + 470€
Equiperment monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (6)	60% BR	610€	60% + 610€
Equiperment monture + 2 verres complexes ou très complexes, ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (6)	60% BR	750€	60% + 750€
Lentilles remboursées par le régime de base (par an)	60% BR	395% BR + 475€	455% BR + 475€
DENTAIRE			
Soins dentaires	70% BR	30% BR	100% BR
Inlay Cores	70% BR	55% BR	125% BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronne implanto-portée ; hors Inlays cores et Inlays/Onlays)	70% BR	140% BR + crédit 475€/an/bénéficiaire	210% BR + crédit 475€/an/bénéficiaire
Actes Inlays Onlays	70% BR	30% BR	100% BR
Couronne implanto portée	70% BR	55% BR	125% BR
Parodontologie (7)		100€/ an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
Implantologie (7)		200€/an/bénéficiaire	200€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	250% BR	320% BR ou 350% BR

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-Co) ;

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18/11/2014):

- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- dépistage Hépatite B ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) A l'exclusion des établissements médicaux sociaux

(4) forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2015). Il est donc dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(6) Verres simples : sphère comprise entre -6 +6 dioptries ou/et cylindre ≤ 4 dioptries

Verres complexes :

- verres simple foyer sphère hors zone > -6 ou +6 dioptries ou cylindre > +4 dioptries) ;
- verres multifocaux ;
- verres progressifs.

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.

BR : Base de remboursement du régime de base de Sécurité sociale ; FR : Frais réels ; TM : Ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement du régime de base de Sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires) ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Article 7

Modification de l'article 14

« Clause de réexamen, dénonciation »

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, 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 organisations syndicales de salariés et professionnelles signataires ou adhérentes et représentatif (jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu) 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 désigné. À l'issue du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés et

professionnelles représentatives sont habilitées à engager la procédure de révision conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail.

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

Article 8

Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2016 concernant les tableaux de garanties et à compter du 1^{er} juillet 2016 concernant la suppression de l'ancienneté.

Les autres modifications entreront en vigueur à compter du 1^{er} jour du trimestre civil suivant la date de parution de l'extension au *Journal officiel*, et au plus tôt le 1^{er} avril 2017.

Article 9

Dépôt et extension

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Fait à Auch, le 31 janvier 2017.

(Suivent les signatures.)