

Brochure n° 3251

Convention collective nationale

IDCC : 1517. – **COMMERCE DE DÉTAIL NON ALIMENTAIRES**  
**(Antiquités, brocante, galeries d'art [œuvres d'art],**  
**arts de la table, coutellerie, droguerie,**  
**équipement du foyer, bazars, commerces ménagers,**  
**modélisme, jeux, jouets, périnatalité et maroquinerie)**

---

AVENANT N° 6 DU 19 SEPTEMBRE 2019  
À L'ACCORD DU 22 JUIN 2015  
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ  
NOR : ASET1951396M  
IDCC : 1517

---

Entre :

CDNA,

D'une part, et

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche ont signé un accord le 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire pour les frais de santé des salariés de la branche. Cet accord a été modifié et complété par 5 avenants.

Il est rappelé que le régime complémentaire santé mis en place dans la branche s'applique à toutes les entreprises relevant de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires, IDCC 1517.

La mise en place de la couverture complémentaire santé est obligatoire pour l'ensemble de leurs personnels dans les conditions prévues à l'accord du 22 juin 2015 et ses avenants.

Les entreprises peuvent améliorer le niveau de garanties et de prise en charge de la cotisation par l'employeur en le formalisant dans un acte de droit du travail dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 code de la sécurité sociale.

Les signataires du présent avenant ont décidé de faire évoluer l'accord du 22 juin 2015 et ses avenants avec les objectifs suivants :

- prendre en compte la réforme « 100 % santé » qui vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Elle cible les trois domaines présentant les restes à charge les plus élevés (l'optique, l'audiologie et le dentaire), pour lesquels le remboursement intégral d'un ensemble de soins et d'équipements de qualité est ainsi assuré (le « panier 100 % santé ») et ce dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour les 3 types de soins ;
- maintenir les taux de cotisation et ce malgré une augmentation des garanties ;
- améliorer l'attractivité du régime ;
- répondre aux attentes notamment des TPE qui souhaitent participer à la cotisation du régime optionnel pour leurs salariés.

Les signataires conviennent donc de modifier le régime de complémentaire santé du CDNA comme suit :

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

#### *Modification du régime de base*

Les partenaires sociaux ont décidé des améliorations suivantes sur le régime de base :


- augmentation des remboursements sur les consultations, visites, actes techniques médicaux, honoraires en cas d'hospitalisation ;
- amélioration de la garantie optique sur tous les types de verres, simples, complexes et très complexes ;
- aménagement significatif du poste dentaire avec augmentation des remboursements et prise en charge des prothèses et de l'orthodontie non prises en charge par la sécurité sociale ;
- mise en conformité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 du poste aides auditives ;
- amélioration du remboursement médecine nouvelle.


Les partenaires sociaux ont donc décidé de fixer les garanties du régime de base comme suit :


*(Voir tableaux pages suivantes.)*

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris Sécurité sociale
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	130 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	110 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	120 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
Actes techniques médicaux :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	120 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR
<b>Médicaments</b>	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
<b>Autres soins courants</b>	
Frais de transport	100 % BR
<b>Matériel médical</b>	
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	300 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	300 % BR

<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>Honoraires y compris maternité</b>	
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	120 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR
<b>Autres frais d'hospitalisation</b>	
Frais de séjour en établissement conventionné	130 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité	1 % PMSS/J
Lit d'accompagnement - maxi 15 jours/an <sup>(3)</sup>	1 % PMSS/J

<b>OPTIQUE <sup>(4)</sup></b>	
<i>Devis obligatoire. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du panier de soins</i>	
<b>Équipements Verres et monture : deux classes d'équipement</b>	
<b>Équipements 100 % SANTÉ</b> tels que définis réglementairement	
Verres et monture de CLASSE A 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
<b>Autres Equipements – Forfait pour deux verres et une monture</b>	
Verres et monture de CLASSE B, y compris suppléments optiques - exemple : prisme, appairage	
Monture <sup>(5)</sup>	60 % BR + 55 €
Forfait Verre à simple foyer <sup>(5)</sup> (verre unifocal), par verre	60 % BR + 50 €
Forfait Verre complexe <sup>(5)</sup> (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal), par verre	60 % BR + 110 €
Forfait Verre très complexe <sup>(5)</sup> (verre multifocal et progressif à forte correction), par verre	60 % BR + 130 €
Frais adaptation	100 % BR
<b>Autres dispositifs de correction optique</b>	
Lentilles prises en charge par la SS <sup>(3) (6)</sup>	100 % BR + 100 €/A/B
Chirurgie réfractive <sup>(3)</sup>	300 €/A/B

DENTAIRE		
Soins et prothèses : trois paniers de soins		
<b>Soins et prothèses 100 % SANTÉ</b>		
Panier 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
<b>Soins</b>		
Soins du panier modéré <sup>(7)</sup>		100 % BR dans la limite du HLF
Soins du panier libre <sup>(7)</sup>		100 % BR
Inlays-onlays du panier modéré <sup>(7)</sup>		120 % BR dans la limite du HLF
Inlays-onlays du panier libre <sup>(7)</sup>		120 % BR
<b>Prothèses</b>		
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré <sup>(7)</sup>		185 % BR dans la limite du HLF
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier libre <sup>(7)</sup>		185 % BR
Inlays core du panier modéré <sup>(7)</sup>		185 % BR dans la limite du HLF
Inlays core du panier libre <sup>(7)</sup>		185 % BR
Prothèses non prises en charge par la SS <sup>(3)</sup>		200 €/A/B
<b>Autres dispositifs dentaires</b>		
Orthodontie prise en charge par la SS		140 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS <sup>(3)</sup>		200 €/A/B
Parodontologie non prise en charge par la SS <sup>(3)</sup>		55 €/A/B
Forfait Implantologie <sup>(3)</sup>		165 €/A/B

AIDES AUDITIVES <sup>(8)</sup>		
Aides auditives : deux classes d'équipements		
<b>Équipement 100 % SANTÉ</b> tels que définis réglementairement		
Équipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
<b>Autres équipements</b>		
Équipement de CLASSE II <sup>(9)</sup>		
Appareil auditif/oreille		550 €/oreille
<b>Autres dispositifs auditifs</b>		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS		100 % BR

PRÉVENTION		
<b>Kit confort <sup>(3) (10)</sup> :</b>		
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionnistes, psychomotricien, psychologue		30 € par séance Maxi 2 séances /A/B
MATERNITÉ/CONTRACEPTION		
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)		néant
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS <sup>(3)</sup>		100 €/A/B

**BR** : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros | **A** : An | **B** : Bénéficiaires | **J** : jour

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Forfait en € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.

(5) Les types de verre sont détaillés dans la notice d'information. Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.

Autres Equipements : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.

(6) Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(7) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information.

(8) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(9) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise)

(10) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

Les taux de cotisation du régime de base restent fixés à 0,94 % du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale).

Il est rappelé que la cotisation mensuelle est répartie à hauteur de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Pour les salariés relevant du régime obligatoire local d'Alsace-Lorraine, les prestations versées au titre de la couverture complémentaire sont déterminées après déduction de celles déjà garanties par

le régime obligatoire. En conséquence les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

## Article 2


### *Modification des garanties du régime optionnel*


En conséquence de l'amélioration des garanties du régime de base, les partenaires sociaux ont décidé d'améliorer pour le régime optionnel des garanties de certains postes et notamment les honoraires en cas d'hospitalisation, le poste dentaire et la médecine nouvelle.


Les partenaires sociaux ont donc décidé de fixer les garanties du régime optionnel comme suit :

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris Sécurité sociale et base conventionnelle
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	120 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	150 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	130 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
Actes techniques médicaux :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	150 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	130 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	120 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR
<b>Médicaments</b>	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
<b>Autres soins courants</b>	
Frais de transport	100 % BR
<b>Matériel médical</b>	
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	400 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	400 % BR

<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>Honoraires y compris maternité</b>	
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	180 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR
<b>Autres frais d'hospitalisation</b>	
Frais de séjour en établissement conventionné	160 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité	2,5 % PMSS/J
Lit d'accompagnement - maxi 15 jours/an (3)	2 % PMSS/J

OPTIQUE <sup>(4)</sup>		
Devis obligatoire. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du panier de soins		
<b>Équipements Verres et monture : deux classes d'équipement</b>		
<b>Équipements 100 % SANTÉ</b> tels que définis réglementairement		
Verres et monture de CLASSE A		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
<b>Autres Equipements – Forfait pour deux verres et une monture</b>		
Verres et monture de CLASSE B, y compris suppléments optiques - exemple : prisme, appairage		
Monture <sup>(5)</sup>		100 €
Forfait Verre à simple foyer <sup>(5)</sup> (verre unifocal), par verre		60 % BR + 100 €
Forfait Verre complexe <sup>(5)</sup> (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal), par verre		60 % BR + 200 €
Forfait Verre très complexe <sup>(5)</sup> (verre multifocal et progressif à forte correction), par verre		60 % BR + 275 €
Frais adaptation		100 % BR
<b>Autres dispositifs de correction optique</b>		
Lentilles prises en charge par la SS <sup>(3) (6)</sup>		100 % BR + 150 €/A/B
Chirurgie réfractive <sup>(3)</sup>		600 €/A/B

DENTAIRE		
<b>Soins et prothèses : trois paniers de soins</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % SANTÉ</b>		
Panier 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
<b>Soins</b>		
Soins du panier modéré <sup>(7)</sup>		100 % BR dans la limite du HLF
Soins du panier libre <sup>(7)</sup>		100 % BR
Inlay-onlays du panier modéré <sup>(7)</sup>		120 % BR dans la limite du HLF
Inlay-onlays du panier libre <sup>(7)</sup>		120 % BR
<b>Prothèses</b>		
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré <sup>(7)</sup>		330 % BR dans la limite du HLF
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier libre <sup>(7)</sup>		330 % BR
Inlay-Core du panier modéré <sup>(7)</sup>		330 % BR dans la limite du HLF
Inlay-Core du panier libre <sup>(7)</sup>		330 % BR
Prothèses non prises en charge par la SS <sup>(3)</sup>		325 €/A/B
<b>Autres dispositifs dentaires</b>		
Orthodontie prise en charge par la SS		275 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS <sup>(3)</sup>		400 €/A/B
Parodontologie non prise en charge par la SS <sup>(3)</sup>		110 €/A/B
Forfait Implantologie <sup>(3)</sup>		330 € /A/B

AIDES AUDITIVES <sup>(8)</sup>		
<b>Aides auditives : deux classes d'équipements</b>		
<b>Équipement 100 % SANTÉ</b> tels que définis réglementairement		
Équipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
<b>Autres équipements</b>		
Équipement de CLASSE II <sup>(9)</sup>		
Appareil auditif/oreille		850 €/oreille
<b>Autres dispositifs auditifs</b>		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS		100 % BR

PRÉVENTION		
<b>Kit confort <sup>(3) (10)</sup> :</b>		
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionnistes, psychomotricien, psychologue		40 € par séance Maxi 3 séances /A/B
<b>MATERNITÉ/CONTRACEPTION</b>		
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)		200 €/enfant
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS <sup>(3)</sup>		100 €/A/B

BR : Base de Remboursement | FR : Frais Réels | SS : Sécurité Sociale | € : euros | A : An | B : Bénéficiaires | J : jour

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Forfait en € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.

- (5) Les types de verre sont détaillés dans la notice d'information. Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement de la Sécurité sociale. Autres Equipements : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.
- (6) Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.
- (7) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information.
- (8) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (9) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise)
- (10) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

### Article 3

#### *Ajout d'une nouvelle structure de cotisation*

Les partenaires sociaux ont décidé d'ajouter une nouvelle structure de cotisation pour le régime optionnel afin d'inciter les entreprises à rendre obligatoire le régime optionnel.

Il est rappelé que les partenaires sociaux ont mis en place un régime optionnel afin de permettre aux salariés qui le souhaitent d'améliorer les prestations en souscrivant des garanties optionnelles. Actuellement, le salarié finance intégralement ces garanties dont le taux mensuel, en complément du régime obligatoire, a été fixé à 0,70 % du PMSS pour le salarié, 0,77 % du PMSS pour le conjoint et 0,42 % du PMSS pour chaque enfant.

Ces taux sont maintenus lorsque l'entreprise rend cette adhésion facultative.

Lorsque cette adhésion est rendue obligatoire au sein de l'entreprise par accord ou par décision unilatérale, la cotisation mensuelle du régime optionnel est ramenée en complément du régime obligatoire à 0,64 % du PMSS pour le salarié, 0,69 % du PMSS pour le conjoint et 0,38 % du PMSS pour chaque enfant.

Dans ce cas, l'entreprise doit prendre en charge au moins 50 % du coût de l'ensemble de ces cotisations.

Les taux sont les mêmes pour le régime obligatoire local d'Alsace-Lorraine.

### Article 4

#### *Dispositions particulières pour les TPE*

Le périmètre de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires est composé essentiellement de très petites entreprises, puisque 95 % des entreprises de la branche ont un effectif inférieur à 10 salariés.

C'est notamment pour prendre en compte les besoins des TPE que les partenaires sociaux ont décidé d'améliorer le dispositif du régime optionnel lorsque l'entreprise décide de le rendre obligatoire.

Cela étant, les signataires conviennent que le contenu du présent avenant ne justifie pas de prévoir de stipulations spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés, visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail et ce, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

### Article 5

#### *Dispositions diverses : entrée en vigueur de l'avenant, dépôt, extension*

Afin de prendre en compte la réforme 100 % santé, les partenaires sociaux décident que le présent avenant entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

À l'issue de la procédure de signature, le texte du présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations représentatives conformément à l'article L. 2231-5 du code du travail.

Conformément aux articles L. 2231-6, D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail, le texte du présent avenant sera ensuite déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris et aux services centraux du ministre chargé du travail.

L'extension du présent accord sera demandée à l'initiative de la partie la plus diligente conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Fait à Paris, le 19 septembre 2019.

(Suivent les signatures.)