



©rcfotostock - stock.adobe.com



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL**

**MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE L'ALIMENTATION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Bulletin officiel

Conventions collectives



**PREMIER
MINISTRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction de l'information
légale et administrative

2020-15

25 avril 2020



MINISTÈRE
DU TRAVAIL

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE L'ALIMENTATION

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Bulletin officiel Conventions collectives

Fascicule n° 2020-15 du 25 avril 2020

Ministère du travail.....	1
Ministère de l'agriculture et de l'alimentation	54

conventions collectives

Sommaire du fascicule n° 2020-15 du 25 avril 2020

Conventions, avenants et accords

Pages

Assainissement (maintenance industrielle) : avenant n° 34 du 11 février 2020 relatif à la réévaluation des salaires minima conventionnels, des indemnités d'astreinte et de repas pour l'année 2020	2
Casinos : avenant n° 4 du 8 janvier 2020 relatif à la prévoyance et aux frais de santé au 1 ^{er} janvier 2020	5
Casinos : avenant n° 22 du 22 janvier 2020 à l'accord du 23 décembre 1996 relatif à la grille des rémunérations minimales garanties	9
Casinos : avenant n° 31 du 22 janvier 2020 relatif aux grilles de rémunérations minimales mensuelles.....	12
Chaussure (commerce succursaliste) : accord du 29 novembre 2019 relatif à la mise en œuvre du dispositif Pro-A.....	17
Métallurgie : accord du 5 février 2020 relatif à la mise en place de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI)	24
Pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire (fabrication et commerce) : accord du 19 novembre 2019 relatif au contrat de travail à durée indéterminée d'opération	29
Prestataires de services (secteur tertiaire) : rectificatif au <i>Bulletin officiel</i> n° 2019-41 du 26 octobre 2019	35
Prévention et sécurité (entreprises) : accord du 18 décembre 2019 relatif aux entretiens professionnels.....	36
Propreté (entreprises) : accord du 27 novembre 2019 relatif à l'agenda social prévisionnel pour l'année 2020.....	42
Radiodiffusion : avenant n° 3 du 27 novembre 2019 à l'accord du 6 novembre 2014 relatif à la durée du travail à temps partiel.....	43
Travaux publics (cadres) : accord du 20 novembre 2019 relatif aux barèmes des salaires minima hiérarchiques des cadres au 1 ^{er} janvier 2020	47
Vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux : accord tripartite du 5 mars 2020 relatif au barème des salaires au 1 ^{er} janvier 2019.....	49
Vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux : accord tripartite du 19 mars 2020 relatif aux maxima spécifiques modulation congés Covid-19.....	53

Brochure n° 3309 | Convention collective nationale

IDCC : 2272 | **ASSAINISSEMENT ET MAINTENANCE INDUSTRIELLE**

Avenant n° 34 du 11 février 2020
relatif à la réévaluation des salaires minima conventionnels,
des indemnités d'astreinte et de repas pour l'année 2020

NOR : ASET2050317M

IDCC : 2272

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FNSA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FAT UNSA ;

FGTE CFDT ;

FGT CFTC SNED ;

FO transport,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Au terme des réunions de négociations, les partenaires sociaux se sont entendus sur la réévaluation des salaires minima conventionnels, des indemnités d'astreinte, de repas et l'ouverture des négociations relatives aux classifications (art. L. 2241-1 du code du travail).

Par ailleurs, les parties conviennent de rappeler à titre de préambule, conformément à la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 (art. 29) relative à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et à l'accord collectif de branche du 31 mars 2008 sur l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes dans la branche de l'assainissement et de la maintenance industrielle, qu'après examen des documents portant sur la situation comparée des femmes et des hommes par catégorie et par tranche de salaires, il appartient aux entreprises de la branche de corriger progressivement les éventuels écarts constatés dans le cadre de leurs négociations respectives.

Enfin, il convient de rappeler que le code du travail (art. L. 2261-23-1) impose comme une des conditions préalables à l'extension des accords et conventions de branche que ceux-ci prévoient des dispositions particulières pour les entreprises de moins de 50 salariés ou à défaut, de mentionner les justifications expliquant l'absence de telles stipulations. Or il n'existe pas de stipulations particulières à l'avenant n° 34 concernant les entreprises de moins de 50 salariés dans la mesure où cette disposition conventionnelle, relative à la réévaluation des salaires minima conventionnels, des indemnités d'astreinte et de repas, applicable à compter du 1^{er} mars 2020,

en s'appliquant à toutes les entreprises sans distinction d'effectif, garantit le principe d'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes ainsi que le principe d'égalité de traitement entre les salariés de la branche et les protège ainsi contre les mesures pouvant être considérées comme discriminatoires.

I. – Salaires minima à compter du 1^{er} mars 2020

Les parties signataires décident de porter, à compter du 1^{er} mars 2020 et pour une durée de travail mensuelle de 151,67 heures (soit 35 heures par semaine) la valeur du point à 3,950 € et la partie fixe à 897,602 €. Toutefois, à titre dérogatoire, la FNSA convient de porter le salaire minimum du coefficient 160 (pour 151,67 heures) à la valeur fixe de 1 539,42 €.

En conséquence, les salaires minima sont fixés comme suit :

Ouvriers. – Employés

Niveau	Échelon	Coefficient	Salaire minimum mensuel (151,67 heures par mois)
I		160	1 539,42 €
II	1	170	1 569,17 €
	2	185	1 628,42 €
III	1	200	1 687,68 €
	2	210	1 727,18 €
	3	225	1 786,44 €
IV	1	260	1 924,70 €
	2	280	2 003,71 €

Techniciens et agents de maîtrise

Niveau	Échelon	Coefficient	Salaire minimum mensuel (151,67 heures par mois)
IV	1	260	1 924,70 €
	2	280	2 003,71 €
V	1	430	2 596,27 €
	2	580	3 188,82 €
VI		760	3 899,89 €

Cadres

Niveau	Échelon	Coefficient	Salaire minimum annuel (151,67 heures par mois)
V	1	430	31 155,19
	2	580	38 265,87
VI		760	46 798,69

Niveau	Échelon	Coefficient	Salaire minimum annuel (151,67 heures par mois)
VII		1120	63 864,33
VIII		1470	80 455,93

II. – Indemnités d’astreinte et indemnités de repas

II.1. Indemnités d’astreinte

À compter du 1^{er} mars 2020, les indemnités d’astreintes visées à l’article 5.7 paragraphe B des clauses générales sont fixées comme suit :

- pendant le repos hebdomadaire (habituellement samedi et dimanche) : 69,05 € ;
- pendant les heures non ouvrées de la semaine civile (7 jours) : 125,64 €.

Cette dernière valeur sera majorée de 16,73 € brut si un jour férié tombe un jour de la semaine en dehors du repos hebdomadaire.

II.2. – Indemnités de repas

À compter du 1^{er} mars 2020, les indemnités de repas visées à l’article 4 de l’annexe III sont fixées comme suit :

- indemnité repas : 9,30 € ;
- panier de nuit : 6,70 €.

III. – Congés événements familiaux

Les parties signataires de l’avenant conviennent qu’il sera accordé 1 jour de congé supplémentaire au salarié pour constituer son dossier handicap, reconductible au moment du renouvellement de ce même dossier.

IV. – Dépôt et publicité

Le présent accord sera, conformément aux dispositions légales, notifié aux organisations syndicales représentatives et fera l’objet d’un dépôt auprès des services centraux du ministère chargé du travail et auprès du secrétariat-greffe du conseil de prud’hommes de Paris dans les conditions définies par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Il fera également l’objet d’une demande d’extension dans les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Fait à Paris, le 11 février 2020.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3167 | Convention collective nationale

IDCC : 2257 | **CASINOS**

Avenant n° 4 du 8 janvier 2020

relatif à la prévoyance et aux frais de santé au 1^{er} janvier 2020

NOR : ASET2050315M

IDCC : 2257

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CDF ;

SCMF ;

ACIF,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFDT ;

CGT CSD ;

FEC FO ;

INOVA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Dans le cadre de la réforme dite du « 100 % Santé », les partenaires sociaux ont décidé de signer un avenant permettant d'offrir aux salariés de la branche des garanties conformes aux nouvelles obligations légales et réglementaires, à compter du 1^{er} janvier 2020.

Vu l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 relatif à la modification de la couverture minimale des contrats responsables ;

Vu le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires ;

Vu le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;

Considérant la nécessaire mise en conformité imposée par ces textes,

Les partenaires sociaux ont décidé de modifier les garanties prévues dans le régime frais de santé de la branche à compter du 1^{er} janvier 2020.

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises qui entrent dans le champ d'application de la convention collective nationale des casinos du 29 mars 2002, étendue par l'arrêté du 2 avril 2003 (IDCC 2257).

Article 2 | Garanties frais de santé

Les garanties frais de santé sont mises en conformité avec les dispositions relatives à la réforme du « 100 % Santé », telles qu'issue des textes cités en préambule.

Les prestations indiquées dans le tableau ci-après sont exprimées en complément des prestations en nature des assurances maladie et maternité de la sécurité sociale.

ACTES	Garanties CCN des casinos En complément des remboursements de la SS
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	
Frais de séjour	110% de la BR
Honoraires chirurgicaux praticiens adhérents DPTAM	130% de la BR
Honoraires chirurgicaux praticiens non adhérents DPTAM	110% de la BR
Chambre particulière (y compris maternité)	25€ par jour
forfait journalier hospitalier	100% FR
Lit accompagnement enfant de - de 12 ans	15€ par jour
Transport	TM
ACTES MEDICAUX	Ticket Modérateur
consultations et visites de généralistes	30% de la BR
consultations et visites de spécialistes	30% de la BR
actes de chirurgie et techniques médicaux praticiens adhérents DPTAM	60% de la BR
actes de chirurgie et techniques médicaux praticiens non adhérents DPTAM	40% de la BR
actes d'imagerie médicale et d'échographie	30% de la BR
Auxiliaires médicaux, analyses	40% de la BR
PHARMACIE	TM
ANALYSES	40% de la BR
MATERIEL MEDICAL : Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	65% de la BR
AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT (par oreille)	
Jusqu'au 31/12/2020 : Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	140 €
À compter du 01/01/2021 :	
Équipement 100 % Santé (classe I)	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe II) : Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité	560 €
Équipement autre que 100 % Santé (classe II) : Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	160 €
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires 100% SANTE ayant un HLF en vigueur	Sans reste à charge
Soins dentaires hors 100% Santé	30% de la BR
prothèses dentaires au tarif maîtrisé dans la limite des HLF	250% de la BR
Prothèses dentaires au tarif libre	250% de la BR
Inlays et onlays au tarif maîtrisé dans la limite des HLF	250% de la BR
Inlay et onlays au tarif libre	250% de la BR
Soins orthodontiques remboursés ou, pour les enfants de moins de 18 ans non remboursés par la Sécurité sociale	160% de la BR
Implant (maximum 2/an et par bénéficiaire)	250% de la BR sur une base de 193,50€
OPTIQUE : remboursements y compris la SS	Un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas de changement de dioptrie
Monture + 2 verres de tous types classe A	Sans reste à charge

Verres de lunettes hors 100% SANTE classe B au tarif libre (forfait par verre) :	
UNIFOCAUX	
de 0 à 4	160€
de 4,25 à 6	170€
de 6,25 à 8	222€
A partir de 8,25	277€
MULTIFOCAUX	
DE 0 à 4	250€
de 4,25 à 6	288€
de 6,25 à 8	300€
A partir de 8,25	311€
Monture	80 €
Lentilles correctrices, jetables ou non jetables (remboursées ou non par la Sécurité sociale)	100€ par an et par bénéficiaire minimum TM pour les lentilles prises en charge SS
Chirurgie réfractive (opération de la myopie)	350€ par œil et par bénéficiaire 20% PMSS limité à 21 jours sur présentation de factures acquittées
CURES THERMALES prises en charge par la SS Frais de traitement et d'honoraires Frais de voyage et d'hébergement	20% PMSS limité à 21 jours sur présentation des factures acquittées
MATERNITE - Forfait naissance ou adoption d'un enfant de moins de 12 ans	Forfait 15% PMSS (doublement si multiple)
ACTES DE PREVENTION (définis par arrêté ministériel du 8 juin 2006)	TM

L'employeur pourra librement négocier au sein de son entreprise les conditions d'une couverture complémentaire santé supérieure aux garanties conventionnelles, laquelle devra être constatée dans un acte juridique interne à l'entreprise, relevant de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Article 3 | *Date d'effet de l'avenant et durée*

Les dispositions du présent avenant prennent effet le 1^{er} janvier 2020 pour une durée indéterminée.

Article 4 | *Rendez-vous, suivi, révision et dénonciation de l'avenant*

En raison de la durée indéterminée du présent avenant, les parties à la négociation s'engagent, conformément à l'article L. 2222-5-1 du code du travail, à se donner rendez-vous et à suivre le régime modifié par le présent avenant.

Le présent avenant pourra faire l'objet d'une révision à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et suivants code du travail.

Il pourra également être dénoncé par tout ou partie des signataires moyennant le respect d'un préavis de 6 mois. Les modalités de dénonciation sont fixées aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 et suivants du code du travail. Une nouvelle négociation pourra intervenir dans les conditions prévues à l'article L. 2261-10 du code du travail.

Considérant la composition de la branche constituée pour sa plus grande part d'entreprises de moins de 50 salariés, et au regard des dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de frais de santé dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Article 5 | Notification. Dépôt. Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et, à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt, puis de l'extension du présent accord.

Article 6 | Formalités administratives

Le présent avenant est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour sa remise à chacune des organisations signataires et pour l'accomplissement des formalités administratives utiles.

Le présent avenant sera notifié, à l'initiative de la partie la plus diligente, à l'ensemble des organisations représentatives, et fera l'objet des formalités de publicité et dépôt, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les parties signataires conviennent, à l'initiative de la plus diligente, de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent avenant en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 8 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Accord professionnel

RÉMUNÉRATIONS MINIMALES

Avenant n° 22 du 22 janvier 2020 à l'accord du 23 décembre 1996 relatif à la grille des rémunérations minimales garanties

NOR : ASET2050324M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CDF ;

SCMF ;

ACIF,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFTD ;

INOVA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application des casinos en France métropolitaine et dans les DROM.

Conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires du présent avenant stipulent que ses dispositions s'appliquent aux entreprises de moins de 50 salariés et qu'il n'est pas nécessaire d'inclure une stipulation spécifique.

Article 2

Il vise à réévaluer la grille des rémunérations minimales mensuelles brutes garanties au personnel des jeux traditionnels, selon l'annexe jointe, et comme suit :

Indice 100 : 1 549 € brut ;

Indice 105 : 1 559 € brut ;

Indice 110 : 1 569 € brut ;

Indice 115 : 1 579 € brut ;

Indice 120 : 1 615 € brut ;

Indice 130 : 1 700 € brut ;

Indice 135 : 1 766 € brut ;
Indice 140 : 1 832 € brut ;
Indice 150 : 1 963 € brut ;
Indice 155 : 2 028 € brut ;
Indice 160 : 2 093 € brut ;
Indice 170 : 2 224 € brut ;
Indice 175 : 2 278 € brut ;
Indice 180 : 2 343 € brut ;
Indice 190 : 2 473 € brut ;
Indice 200 : 2 604 € brut ;
Indice 205 : 2 668 € brut ;
Indice 230 : 2 993 € brut.

Article 3

Le présent avenant prend effet au premier jour du mois suivant son extension.

Article 4

Il fera l'objet des formalités de dépôt prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code de travail ainsi que d'une demande d'extension.

Fait à Paris, le 22 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe Grille des rémunérations minimales mensuelles garanties au personnel des jeux traditionnels

(En euros.)

Niveau	Indice	Emploi repère correspondant	Minima mensuels pour les jeux traditionnels pratiquant régulièrement des horaires de nuit (*) (Base 151,67 heures)
1	100	Chasseur – portier	1 549
	105	Croupier débutant (expérience métier de 12 mois maximum) – hôtesse – valet – bout de table	1 559
2	110	Croupier de boule – changeur – cartier – secrétaire comptable ou aux entrées	1 569
	120	Croupier de boule 1 ^{re} catégorie – croupier 3 ^e catégorie	1 579
3	130	Caissier – croupier 2 ^e catégorie	1 700
	140	Croupier 1 ^{re} catégorie	1 832
	150	Sous-chef de table	1 963
4	160	Chef de table – chef de partie boule – chef caissier	2 093
	170	Chef du secrétariat et de la physionomie	2 224
5	175	Chef de partie jeux	2 278
	180	Caissier principal	2 343
	190	Chef de partie principal	2 473
6	200	Sous-directeur	2 604
(*) Horaire de nuit considéré : de 21 heures à 6 heures du matin.			

Accord professionnel

RÉMUNÉRATIONS MINIMALES

Avenant n° 31 du 22 janvier 2020 relatif aux grilles de rémunérations minimales mensuelles

NOR : ASET2050325M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CDF ;

SCMF ;

ACIF,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFDT ;

INOVA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application des casinos en France métropolitaine et dans les DROM.

Conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires du présent avenant stipulent que ses dispositions s'appliquent aux entreprises de moins de 50 salariés et qu'il n'est pas nécessaire d'inclure une stipulation spécifique.

Article 2

Il vise à réévaluer les grilles des rémunérations minimales mensuelles brutes garanties aux personnels des activités machines à sous, accueil, gestion, technique et spectacle (annexe I) et celle du personnel de la restauration-hôtellerie (annexe II), selon les annexes I et II jointes, et comme suit :

Indice 100 : 1 549 € brut ;

Indice 105 : 1 559 € brut ;

Indice 110 : 1 569 € brut ;

Indice 115 : 1 579 € brut ;

Indice 120 : 1 615 € brut ;

Indice 130 : 1 700 € brut ;
Indice 135 : 1 766 € brut ;
Indice 140 : 1 832 € brut ;
Indice 150 : 1 963 € brut ;
Indice 155 : 2 028 € brut ;
Indice 160 : 2 093 € brut ;
Indice 170 : 2 224 € brut ;
Indice 175 : 2 278 € brut ;
Indice 180 : 2 343 € brut ;
Indice 190 : 2 473 € brut ;
Indice 200 : 2 604 € brut ;
Indice 205 : 2 668 € brut ;
Indice 230 : 2 993 € brut.

Article 3

Le présent avenant prend effet au 1^{er} jour du mois suivant son extension.

Article 4

Il fera l'objet des formalités de dépôt prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code de travail ainsi que d'une demande d'extension.

Fait à Paris, le 22 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Grille des rémunérations minimales mensuelles brutes garanties aux personnels des activités suivantes : machines à sous, accueil, gestion, technique et spectacle

(En euros.)

Niveau	Indice	Filière et emploi repère correspondant	Minima mensuels pour les personnels pratiquant aussi des horaires de nuit (*) (Base 151,67 heures)
1	100	Machines à sous : équipier, contrôleur des entrées Accueil : chasseur, hôtesse, vestiaire Gestion : employé de bureau Technique : agent d'entretien, équipier Spectacle : ouvreuse, aide-accessoiriste	1 549
	105	Machines à sous : hôte, hôtesse Technique : agent technique, contrôleur vidéo	1 559
2	110	Machines à sous : contrôleur chargé de la sécurité, changeur traiteur de monnaie, mécanicien assistant clientèle Accueil : hôtesse, standardiste, voiturier, agent de sécurité Gestion : secrétaire dactylo, aide comptable, assistant contrôleur Technique : ouvrier, agent technique Spectacle : régie lumière et son, assistant opérateur, accessoiriste, caissier	1 569
	115	Machines à sous : caissier, technicien	1 579
	120	Gestion : comptable débutant, technicien paie débutant Spectacle : opérateur	1 615

Niveau	Indice	Filière et emploi repère correspondant	Minima mensuels pour les personnels pratiquant aussi des horaires de nuit (*) (Base 151,67 heures)
3	130	Gestion : comptable confirmé, technicien paie confirmé, assistant commercial Technique : chef d'équipe entretien (eff. < 5), opérateur vidéo Spectacle : animateur, disc-jockey, musicien, artiste	1 700
	135	Machines à sous : responsables des contrôleurs chargés de la sécurité Responsable de caisse, responsable technique Accueil : responsable sécurité (eff. < 5), responsable accueil (eff. < 5)	1 766
	140	Machines à sous : contrôleur auditeur	1 832
4	155	Machines à sous : chef caissier Accueil : responsable sécurité (eff. > 5), responsable accueil (eff. > 5) Gestion : assistant de direction commerciale, agent informatique, responsable paie Technique : chef d'équipe entretien (eff. > 5) – chef d'équipe vidéo, responsable maintenance	2 028
5	175	Machines à sous : membre du comité de direction débutant (eff. < 10) Gestion : comptable principal Technique : responsable vidéo Spectacle : régisseur	2 278
6	205	Machines à sous : MCD confirmé (eff. > 10), sous-directeur, directeur Gestion : contrôleur de gestion, responsable administratif et comptable, responsable informatique, responsable commercial, chef comptable, responsable du personnel Technique : directeur technique débutant Gestion : comptable principal	2 668
7	230	Machines à sous : directeur des MAS, directeur des jeux de table Gestion : directeur des ressources humaines, directeur administratif et financier Technique : directeur technique	2 993
(*) Horaire de nuit considéré : de 21 heures à 6 heures du matin.			

Annexe II Grille des rémunérations minimales mensuelles brutes garanties au personnel de la restauration – hôtellerie

(En euros.)

Niveau	Indice	Filière et emploi repère correspondant	Minima mensuels pour les jeux traditionnels pratiquant régulièrement des horaires de nuit (*) (Base 151,67 heures)
1	100	Plongeur – officier – magasinier – commis de rang, de bar, de cuisine (débutants) – serveur/employé de bar, femme de ménage – femme/valet de chambre – employé de hall	1 549
	105	Caissier restaurant – commis de rang, de bar, de cuisine (confirmés) – caviste – économe débutant – réceptionniste	1 559
2	110	1/2 Chef de rang – 1/2 chef de partie cuisine confirmé – écailler – économe	1 569
	115	Chef de partie (débutant)	1 579
	120	Chef de rang confirmé – Barman confirmé	1 615
3	130	Chef de partie confirmé – contrôleur restauration – pâtissier – sommelier – gouvernante – concierge	1 700
	140	Maître d'hôtel – sous-chef de cuisine – responsable bar, cave, économat, plonge (eff. > 10) – chef pâtissier (eff. < 10)	1 832
4	155	1 ^{er} maître d'hôtel (eff. < 10) – chef de cuisine (eff. < 10) – chef pâtissier (eff. > 10) – chef de réception	2 028
5	175	1 ^{er} maître d'hôtel (eff. > 10) – chef de cuisine (eff. > 10) – responsable banquets	2 278
6	205	Responsable restauration – directeur de l'hébergement	2 668
7	230	Directeur de la restauration – directeur d'exploitation	2 993
(*) Horaire de nuit considéré : de 21 heures à 6 heures du matin.			

Brochure n° 3120 | Convention collective nationale

IDCC : 468 | **COMMERCE SUCCURSALISTE DE LA CHAUSSURE**

Accord du 29 novembre 2019
relatif à la mise en œuvre du dispositif Pro-A

NOR : ASET2050322M

IDCC : 468

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FEC,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFTD,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel du 5 septembre 2018 a créé le dispositif de la Pro-A afin de permettre la reconversion ou la promotion par l'alternance des salariés. Afin que ce dispositif soit opérationnel, un accord de branche doit en fixer le cadre de mise en œuvre.

Les partenaires sociaux conscients de l'urgence de cette négociation, ont décidé d'engager des négociations sur ce sujet afin de mettre à disposition des entreprises et des salariés ce nouveau dispositif de formation.

Les dispositions de cet accord prennent en compte les différents types d'entreprises de la branche, et notamment celles de moins de 50 salariés.

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent accord vise les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du commerce de la chaussure. (IDCC 468 – brochure n° 3120)

Article 2 | Objet de l'accord

Cet accord a pour objet de définir le cadre de mise en œuvre du dispositif de reconversion ou promotion par alternance dite « Pro-A » tel que défini aux articles L. 6324-1 et suivant du code du travail.

La reconversion ou la promotion par alternance a pour objet de permettre au salarié de changer de métier ou de profession, ou de bénéficier d'une promotion sociale ou professionnelle par des actions de formation ou par des actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience.

Article 3 | *Salariés concernés*

Les modalités du présent accord s'appliquent aux salariés en contrat à durée indéterminée tels que définis à l'article L. 6324-1 du code du travail, dont la qualification est insuffisante au regard de l'évolution des technologies ou de l'organisation du travail.

Article 4 | *Enjeux face aux mutations de l'activité et aux risques de l'obsolescence des compétences*

Dans un environnement de plus en plus concurrentiel, où les acteurs de vente en ligne (Gafa, Pure player...) menacent la pérennité des entreprises, le commerce de détail doit s'adapter en relevant plusieurs défis afin de renforcer leur compétitivité et préserver ainsi l'emploi sur le territoire national.

L'étude EDEC « Le digital dans les entreprises du commerce », en pièce jointe, menée par l'observatoire prospectif du commerce sous l'égide du ministère du travail, a, entre autres, mis en exergue 3 domaines sur lesquels le renforcement des compétences devient un enjeu prioritaire afin d'éviter leur obsolescence :

- la gestion de la relation client :
 - mieux appréhender le client en établissant une relation client plus approfondie ;
 - s'adapter aux nouvelles exigences et aux évolutions des attentes des clients (accueil, conseil et relationnel plus poussés) ;
 - fluidifier et personnaliser le parcours client ;
 - développer l'information et le conseil client ;
 - maîtriser les nouveaux codes de la relation client ;
 - mieux connaître et interagir avec ses clients ;
- l'optimisation de la chaîne logistique :
 - optimiser les approvisionnements et la gestion des flux logistiques dans une logique de développement durable ;
 - sécuriser la chaîne logistique en minimisant les risques naturels, sociaux, économiques
 - utiliser de nouveaux outils de supervision et de pilotage ;
- le management de proximité :
 - faire évoluer le rôle d'animation des managers pour accompagner les évolutions des organisations et leurs adaptations au changement ;
 - adapter les modes de management et les conditions de travail aux nouvelles attentes des salariés et aux besoins des entreprises ;
 - sécuriser les parcours professionnels en misant sur la formation et en accompagnant le développement des compétences des salariés.

Renforcer les compétences des salariés par la formation certifiante, pour permettre aux entreprises du commerce de faire face aux mutations économiques et sociales, et pour sécuriser leurs parcours professionnels, devient donc un enjeu majeur.

Ce renforcement en compétences, pour sécuriser les parcours professionnels, est d'autant plus important que le commerce est un secteur jeune et intégrateur sur le marché du travail, favorisant l'insertion et la réinsertion professionnelle avec environ ¼ des salariés sans diplômes (source : repère et tendances interbranches 2017, observatoire prospectif du commerce en annexe).

Cela justifie l'acquisition de compétences de bases « cœur de métier » délivrées par les premiers niveaux de certifications professionnelles.

Par ailleurs, l'étude EDEC « Les métiers du web et du numérique dans les entreprises du commerce », en pièce jointe, menée par l'observatoire prospectif du commerce sous l'égide du ministère du travail, montre que le développement omni-canal des entreprises nécessite un développement et un renforcement des compétences dans les métiers de la DATA. Ces métiers prennent une place croissante dans l'analyse des données afin d'optimiser les parcours utilisateurs et les ventes.

La veille, pilotée par l'observatoire prospectif du commerce, montre également que, dans un contexte concurrentiel renforcé par les sites de vente sur internet, la santé économique des entreprises et l'emploi dépendent fortement de l'attractivité des magasins physiques. Cette attractivité passe par des boutiques au décor, au design et à l'ambiance renouvelés dans un environnement phigital où la recherche d'expérience unique vécue en magasin devient un élément clé de fréquentation, et donc de dynamisme économique. Ces nouvelles exigences impacteront directement les activités relatives au merchandising. (« Réinventer le point de vente comme média », veille n° 21, observatoire prospectif du commerce, en annexe).

Pour répondre à ces enjeux socio-économiques majeurs, et prévenir de l'obsolescence des compétences des salariés, notre branche a constitué sa liste de certifications professionnelles éligibles aux actions de reconversion ou promotion par alternance (« Pro-A ») à partir de quatre familles de métiers stratégiques dans le commerce pour lesquels le renforcement et l'acquisition de compétences nouvelles sont nécessaires :

- la vente : employé de commerce/vendeur, conseiller vente/manager d'un point de vente, responsable de magasin/animateur de réseau ;
- la logistique : agent logistique, préparateur de commandes, réceptionnaire/responsable d'équipe logistique/responsable d'exploitation logistique ;
- le merchandising : responsable Merchandiser/visuel Merchandiser/Merchandiser ;
- la DATA : UX Designer/Data Analyst, Data Miner.

Article 5 | Certifications visées

Dans le cadre du présent accord les parties signataires dressent la liste suivante des certifications professionnelles éligibles à la Pro-A :

- opérateur/opératrice logistique ;
- logistique et transport ;
- cariste d'entrepôt ;
- préparateur (préparatrice) de commandes en entrepôt ;
- opérateur logistique polyvalent ;
- logistique ;
- gestion logistique et transport ;
- transport et prestations logistiques ;
- technicien supérieur/technicienne supérieure en méthodes et exploitation logistique ;
- technicien(ne) en logistique d'entreposage ;
- logistique et pilotage des flux (fiche nationale) ;
- logistique et systèmes d'information (fiche nationale) ;
- logistique, spécialité responsable d'unité opérationnelle logistique ;
- management des processus logistiques (fiche nationale) ;
- responsable en logistique ;
- responsable logistique ;

- responsable de la chaîne logistique ;
- responsable des opérations logistiques ;
- responsable en logistique et transports ;
- responsable en logistique de distribution ;
- métiers de l'accueil ;
- métiers du commerce et de la vente/option A animation et gestion de l'espace commercial ;
- vendeur(se)-conseil en magasin ;
- responsable de rayon ;
- vendeur conseiller commercial ;
- management commercial opérationnel ;
- négociation et digitalisation de la relation client ;
- BTS technico-commercial ;
- techniques de commercialisation ;
- manager d'unité marchande – anciennement manager d'univers marchand ;
- gestionnaire d'unité commerciale option généraliste, option spécialisée ;
- gestionnaire de l'administration des ventes et de la relation commerciale ;
- coach professionnel(le) ;
- manager de rayon ;
- manager de proximité ;
- chargé(e) de clientèle ;
- commerce et distribution ;
- management des organisations, option responsable point de vente ;
- responsable de la distribution ;
- responsable opérationnel de la distribution ;
- chef de magasin ;
- responsable du développement de l'unité commerciale ;
- responsable management opérationnel commercial et marketing ;
- responsable commercial et marketing ;
- responsable marketing et commercial ;
- responsable marketing opérationnel ;
- développeur marketing et commercial ;
- responsable du développement commercial ;
- responsable de centre de profit en distribution ;
- responsable en développement marketing et vente ;
- manager(euse) – animateur(trice) point de vente mode et beauté ;
- responsable de la stratégie commerciale et communication mode ;
- développeur web ;
- métiers du numérique : conception rédaction et réalisation web (fiche nationale) ;
- concepteur de projets en design et arts graphiques options : design graphique, design numérique, design d'espace, design produits, design de mode, illustration et animation ;
- concepteur designer graphique ;
- métiers du décisionnel et de la statistique (fiche nationale) ;
- décorateur merchandiser ;
- visual merchandiser ;
- responsable visuel merchandiser ;
- architecte d'intérieur.

Le CQP I Vendeur(se) conseil en magasin (nonobstant le fait qu'il ait été déposé par une autre branche professionnelle) mis en œuvre selon les modalités de la branche professionnelle des entreprises du commerce succursaliste de la chaussure.

Article 6 | Durée minimale de la Pro-A

La durée minimale de la Pro-A est comprise entre 6 et 12 mois. Toutefois pour les certifications listées ci-dessus et pour prévenir l'obsolescence des compétences des salariés de la branche cette durée minimum pourra être portée à 24 mois lorsque l'action de formation l'exige pour atteindre les compétences visées.

De plus, cette durée pourra être allongée jusqu'à 36 mois pour les salariés de 16 à 25 ans révolus n'ayant pas validé un second cycle de l'enseignement secondaire et n'étant pas titulaires d'un diplôme de l'enseignement technologique ou professionnel.

De même, les actions de positionnement, d'évaluation et d'accompagnement ainsi que les enseignements généraux, professionnels et technologiques sont d'une durée minimale comprise entre 15 %, sans être inférieure à 150 heures, et 25 % de la durée totale du contrat. Il est convenu par le présent accord que cette durée minimale pourra être portée au-delà de 25 %, sans être supérieure à 50 % lorsque l'action de formation l'exige pour atteindre les compétences visées.

Article 7 | Prise en charge

Les frais pouvant être pris en charge sont les suivants :

- frais pédagogiques (couvrant notamment les enseignements généraux, professionnels et technologiques dispensés lors des actions de formation) ;
- frais de transport et d'hébergement ;
- la rémunération et les charges sociales légales et conventionnelles des salariés lors de leur formation.

Les parties signataires conviennent de renvoyer à la CPNEFP la fixation des niveaux de prise en charge forfaitaire des frais pédagogiques, ainsi que les frais de transport et d'hébergement.

La prise en charge de la rémunération et des charges sociales légales et conventionnelles des salariés en formation se fait dans la limite du coût horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance par heure dans la limite du salaire maintenu.

Dans le cas où les plafonds disponibles issus de la collecte des entreprises dans la branche seraient insuffisants en cours d'année, les montants pris en charge, ainsi que les conditions de prise en charge pourront être revus pour l'année en question.

Article 8 | Déroulement de la Pro-A

Le contrat de travail du salarié bénéficiaire d'une Pro-A fait l'objet d'un avenant qui précise la durée et l'objet de l'action réalisée. Cet avenant doit être déposé auprès de l'autorité administrative dans les conditions prévues à l'article L. 6325-5 du code du travail.

L'employeur désigne, dans les conditions prévues à l'article D. 6324-2 du code du travail, parmi les salariés de l'entreprise, un tuteur chargé d'accompagner chaque bénéficiaire de la Pro-A. Ce salarié doit être volontaire et justifier d'une expérience professionnelle d'au moins 2 ans dans une qualification en rapport avec l'objectif de formation poursuivi.

Lorsque les actions mises en œuvre sont effectuées pendant le temps de travail, elles donnent lieu au maintien par l'employeur de la rémunération du salarié.

Pendant la durée des formations, le salarié bénéficie de la législation de la sécurité sociale relative à la protection en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Article 9 | Entreprises de moins de 50 salariés

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent accord vise à fixer les conditions de mise en œuvre de la Pro-A pour l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective.

Article 10 | Durée. Révision. Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il fait partie intégrante de la convention collective ; il pourra donc faire l'objet d'une révision conformément aux dispositions de la convention collective à la demande de l'une ou de l'autre des parties signataires.

La révision pourra prendre effet dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Il pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois.

Les modalités de dénonciation sont fixées aux articles L. 2222-6, L. 2261-9, L. 2261-10, L. 2261-11, L. 2261-13, L. 2261-14 du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

Article 11 | Dépôt et extension du présent accord

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Il sera établi un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires et effectuer les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

À l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent accord fera l'objet d'une procédure de dépôt.

Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 29 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Le digital dans les entreprises du commerce

Annexe II Repère et tendances interbranches 2017, observatoire prospectif du commerce

Annexe III Les métiers du web et du numérique dans les entreprises du commerce

Annexe IV « Réinventer le point de vente comme média », veille n° 21, observatoire prospectif du commerce

Accord professionnel

MISE EN PLACE CPPNI MÉTALLURGIE

Accord du 5 février 2020

relatif à la mise en place de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI)

NOR : ASET2050314M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

UIMM,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGMM CFDT ;

FTM CGT ;

CFE-CGC métallurgie ;

FO métallurgie,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels comporte diverses mesures destinées à renforcer le rôle des branches professionnelles et la place de la négociation collective.

L'article L. 2232-9 du code du travail, issu de la loi du 8 août 2016, impose aux partenaires sociaux de chaque branche de mettre en place, par convention ou accord collectif, une commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI).

Dans la branche de la métallurgie, les partenaires sociaux conviennent de mettre en place une CPPNI au niveau national. C'est l'objet des stipulations qui suivent. Elles s'inscrivent dans le cadre de la négociation de l'évolution du dispositif conventionnel en cours dans la branche depuis 2016. À l'occasion de la négociation du présent accord, les signataires affirment leur volonté de prévoir la mise en place du cadre nécessaire à la négociation collective territoriale.

Les partenaires sociaux confirment leur attachement à un dialogue social régulier, constructif au regard des intérêts communs de leurs mandants, et fondé sur la confiance.

Le présent accord vise à déterminer les missions dévolues à la CPPNI, sa composition, son fonctionnement ainsi que les moyens nécessaires à son fonctionnement.

Article 1.1 | Missions d'intérêt général

En application de l'article L. 2232-9 du code du travail, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) exerce diverses missions d'intérêt général :

- elle représente la branche, notamment dans l'appui aux entreprises et vis-à-vis des pouvoirs publics ;
- elle exerce cette mission sans préjudice de celles relevant de la compétence des instances paritaires de branche en matière d'emploi et de formation professionnelle visées au titre VII de l'accord national du 8 novembre 2019 relatif à l'emploi, à l'apprentissage et à la formation professionnelle dans la métallurgie ;
- pour accomplir cette mission, la CPPNI peut notamment constituer le cadre dans lequel sont élaborées des lettres paritaires, signées par l'UIMM et tout ou partie des organisations syndicales représentatives de salariés, à destination des pouvoirs publics ;
- elle exerce un rôle de veille sur les conditions de travail et d'emploi ;
- elle établit le rapport annuel d'activité comportant le bilan des accords d'entreprise relatifs à la durée du travail, à la répartition et à l'aménagement des horaires, aux repos et jours fériés, aux congés et au compte épargne-temps, visé au 3° du II de l'article L. 2232-9 du code du travail.

Ce bilan analyse en particulier l'impact de ces accords sur les conditions de travail des salariés et sur la concurrence entre les entreprises de la branche, et formule, le cas échéant, des recommandations destinées à répondre aux difficultés identifiées.

Le rapport comprend également un bilan de l'action de la branche en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, notamment en matière de classifications, de promotion de la mixité des emplois et d'établissement des certificats de qualification professionnelle, des données chiffrées sur la répartition et la nature des postes entre les femmes et les hommes ainsi qu'un bilan des outils mis à disposition des entreprises pour prévenir et agir contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes.

En vue de l'établissement de ce rapport, et conformément à l'article D. 2232-1-2 du code du travail, les entreprises de la métallurgie transmettent les accords comportant des stipulations relatives à la durée du travail à la CPPNI, à l'adresse suivante : cppni-metallurgie@uimm.com.

Les accords transmis, de manière dématérialisée, à l'adresse, indiquée ci-dessus, sont réceptionnés par le secrétariat de la CPPNI mentionné à l'article 3.2 du présent accord.

Tous les semestres, le secrétariat de la CPPNI adresse, sous forme dématérialisée, aux organisations syndicales membres de la commission, une copie des accords collectifs reçus.

Article 1.2 | Interprétation des dispositions conventionnelles de branche

Article 1.2.1 | Demande d'interprétation émanant d'une juridiction judiciaire

La CPPNI de la métallurgie constitue, conformément à l'article L. 2232-9 du code du travail, l'instance compétente pour rendre un avis, à la demande d'une juridiction de l'ordre judiciaire, sur l'interprétation des conventions ou accords collectifs conclus au niveau national de la branche de la métallurgie, formulée dans les conditions mentionnées à l'article L. 441-1 du code de l'organisation judiciaire.

La CPPNI se réunit dans le mois suivant la date de sa saisine. Afin de faciliter le respect de ce délai, si nécessaire, cette question s'ajoute à l'ordre du jour d'une des réunions prévues par le calendrier prévisionnel établi dans le cadre de l'agenda social visé à l'article 5 de l'accord du 26 avril 2010 sur les voies et moyens du dialogue social dans la métallurgie.

Article 1.2.2 | *Autres demandes d'interprétation*

La CPPNI peut être saisie par l'une des organisations qui la composent.

Toute demande d'interprétation d'une convention ou d'un accord de branche doit être motivée et adressée, par voie dématérialisée, au secrétariat de la CPPNI.

La CPPNI de la métallurgie constitue l'instance, à l'exclusion de toute autre, compétente pour interpréter les conventions et accords de branche conclus au niveau national, sauf s'ils en disposent autrement.

La CPPNI se réunit dans le mois suivant la date de sa saisine.

Article 1.2.3 | *Modalités d'interprétation*

Les membres de la CPPNI privilégient, dans la mesure du possible, la conclusion d'un avenant interprétatif de la disposition litigieuse. L'avenant interprétatif n'ajoute, ni ne retranche à la disposition litigieuse, donc ne la modifie pas. Il s'applique avec effet rétroactif à la date d'entrée en vigueur de la disposition qu'il interprète.

Lorsque les organisations syndicales, signataires ou adhérentes à la convention ou à l'accord comportant la disposition litigieuse, atteignent ensemble le seuil minimal de suffrages exprimés, mentionné aux articles L. 2232-6 et L. 2232-7 du code du travail, requis pour conclure une convention ou un accord collectif, l'avenant interprétatif est conclu, à l'unanimité, par l'UIMM et ces organisations syndicales signataires ou adhérentes.

Dans le cas contraire, l'avenant interprétatif est conclu par l'UIMM et les organisations syndicales représentatives de salariés dans les conditions prévues à l'article L. 2261-7, II, du code du travail.

À défaut d'avenant interprétatif, les membres de la CPPNI peuvent émettre un avis interprétatif de la disposition litigieuse. Cet avis est adopté à la majorité simple des voix exprimées par l'UIMM et par les organisations syndicales représentatives de salariés signataires ou adhérentes à la convention ou à l'accord comportant la disposition litigieuse. À ce titre, chacune de ces organisations syndicales représentatives de salariés signataires ou adhérentes dispose d'une voix. L'UIMM dispose d'un nombre de voix égal au nombre de voix de l'ensemble de ces organisations syndicales de salariés représentatives signataires ou adhérentes.

Article 1.3 | *La négociation collective*

En application de l'article L. 2261-19 du code du travail, la CPPNI est l'instance au sein de laquelle sont négociés et conclus, au niveau national, les conventions et accords collectifs de branche, leurs avenants ou annexes, susceptibles d'être étendus.

L'agenda annuel de la négociation est établi dans les conditions fixées par l'article 5 de l'accord du 26 avril 2010 sur les voies et moyens du dialogue social dans la métallurgie.

Article 2 | *Composition de la CPPNI*

La CPPNI est composée, d'une part, et de l'UIMM et, d'autre part, des organisations syndicales de salariés de la branche représentatives au niveau national.

Elle comprend :

- cinq représentants pour chacune des organisations syndicales de salariés de la branche représentatives au niveau national ;
- un nombre de représentants de l'UIMM égal au nombre de représentants de ces organisations syndicales.

Article 3 | Fonctionnement de la CPPNI

Article 3.1 | Les réunions de la CPPNI

Conformément à l'article L. 2232-9 du code du travail, la CPPNI est convoquée au moins trois fois par an en vue des négociations de branche.

Article 3.2 | Le secrétariat de la CPPNI

L'UIMM assume la tâche matérielle du secrétariat de la CPPNI.

La CPPNI siège à l'UIMM.

Article 4 | Moyens accordés aux salariés membres de la CPPNI

Les moyens accordés aux membres de la CPPNI sont prévus au titre VI de l'accord national du 26 avril 2010 sur les voies et moyens du dialogue social dans la métallurgie, relatif aux modalités matérielles de fonctionnement de la négociation collective.

Article 5 | Champ d'application

Le présent accord national concerne les entreprises définies par l'accord national du 16 janvier 1979 modifié sur le champ d'application des accords nationaux de la métallurgie.

Son champ d'application géographique est national au sens de l'article L. 2222-1 du code du travail.

Article 6 | Durée

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée. Il expire le 31 décembre 2020.

Article 7 | Révision

Le présent accord peut être révisé, à tout moment pendant sa période d'application, par accord collectif conclu sous la forme d'un avenant.

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles d'employeurs habilitées à engager la procédure de révision sont déterminées conformément aux dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail.

Afin de permettre à la commission de l'agenda social instituée au niveau de la branche d'inscrire la négociation dans la liste des sujets à traiter au niveau national, la demande de révision sera adressée par une organisation représentative de salarié dans la branche ou par l'UIMM. À la demande d'engagement de la procédure de révision sont jointes les modifications que son auteur souhaite voir apportées au présent accord.

Les conditions de validité de l'avenant de révision obéissent aux conditions posées par l'article L. 2232-6 du code du travail.

Article 8 | Dénonciation

Sans préjudice du dernier alinéa de l'article L. 2261-10 du code du travail, le présent accord peut être dénoncé, à tout moment, par les parties signataires en respectant le délai de préavis de 3 mois visé à l'article L. 2261-9 du code du travail. La dénonciation se fait dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires.

Article 9 | *Extension et entrée en vigueur*

Le présent accord entre en vigueur le lendemain de son dépôt auprès des services compétents du ministère du travail, à l'issue du délai d'opposition prévu aux articles L. 2232-6 et suivants du code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail l'extension du présent accord.

Article 10 | *Entreprises de moins de 50 salariés*

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir les stipulations spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés visés à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

Article 11 | *Formalités de publicité et de dépôt*

Le présent accord est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations syndicales représentatives de salariés, dans les conditions prévues à l'article L. 2231-5 du code du travail, et dépôt auprès des services centraux du ministre chargé du travail et du greffe du conseil de prud'hommes de Paris, dans les conditions prévues par l'article L. 2231-6 du même code.

Fait à Paris, le 5 février 2020.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3063 | Convention collective nationale

IDCC : 1555 | **FABRICATION ET COMMERCE DES PRODUITS À USAGE PHARMACEUTIQUE, PARAPHARMACEUTIQUE ET VÉTÉRINAIRE**

Accord du 19 novembre 2019

relatif au contrat de travail à durée indéterminée d'opération

NOR : ASET2050326M

IDCC : 1555

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FACOPHAR ;

SIMV ;

ANSVADM ;

SIDIV,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FCE CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT chimie,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent accord s'inscrit dans le cadre de l'ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et à la sécurisation des relations de travail permettant à un accord de branche étendu de fixer les conditions dans lesquelles il est possible de recourir à un contrat de travail à durée indéterminée conclu pour la durée d'une opération.

Les parties signataires affirment que le contrat à durée indéterminée de droit commun au sens de l'article L. 1221-2 du code du travail reste le contrat de principe au sein de la branche.

Pour autant, cet accord répond à des besoins précis des entreprises dans le cadre de projets dont la pérennité n'est pas assurée ou couvrant de longues périodes où il n'est pas toujours possible de recourir à d'autres formes de contrat. Le contrat de travail à durée indéterminée conclu pour la durée d'une opération permet alors de limiter le recours aux prestations de service ou à l'auto-entrepreneuriat.

Les parties signataires adoptent au travers de ce présent accord ce nouveau type de contrat de travail et l'encadrent par des règles tant individuelles que collectives.

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises qui relèvent du champ d'application de la convention collective nationale de fabrication et commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, indépendamment de leur effectif.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires conviennent que le contenu de cet accord ne justifie pas de prévoir des stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salarié(e)s mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

Les entreprises ne pourront pas négocier des dispositions moins favorables que celles contenues dans le présent accord.

Article 2 | Définition du contrat de travail à durée indéterminée d'opération

L'article L. 1223-8 du code du travail prévoit que le contrat de travail à durée indéterminée (CDI) d'opération est conclu pour la durée d'une opération menée au sein de l'entreprise. Il est régi par les règles légales et conventionnelles applicables aux CDI, sous réserve des dispositions suivantes.

L'opération ayant donné lieu au CDI ne peut excéder une durée prévisionnelle de 5 ans.

L'opération peut comprendre une succession de missions faisant appel à des compétences différentes, et ainsi amener l'entreprise à recourir à plusieurs contrats avec un début et un terme de contrat différents en fonction de la succession des différentes missions.

Article 3 | Taille des entreprises concernées et nombre de salarié(e)s en CDI d'opération

Le CDI d'opération peut être conclu par toute entreprise ou autre forme de structure juridique notamment une unité économique et sociale entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de fabrication et commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, quel que soit son effectif.

Le nombre maximum de salarié(e)s en CDI d'opération est plafonné à :

- 2 pour les entreprises de moins de 50 salarié(e)s sans dépasser 20 % des effectifs de l'établissement (arrondi au nombre entier inférieur) ;
- 5 % des effectifs calculés conformément aux dispositions légales en vigueur pour les entreprises de 50 salarié(e)s et plus sans dépasser 20 % des effectifs de l'établissement (arrondi au nombre entier inférieur).

Article 4 | Cas de recours et activités concernées

L'entreprise ne peut recourir au CDI d'opération que dans la mesure où la pérennité du projet n'est pas assurée et la durée prévisionnelle de l'opération est comprise entre 18 mois et 5 ans.

Les postes pérennes de l'entreprise ne peuvent pas être pourvus par des CDI d'opération.

Les activités concernées sont exclusivement les suivantes :

- les projets de recherche qui ne sont pas encore passés au stade de développement (exclusion des phases de développement d'un produit) : il s'agit dans le cadre de ces projets soit :
 - de mener des recherches amont dans un domaine scientifique non couvert jusqu'alors par l'entreprise ;
 - ou de constituer un éco-système de l'innovation structurant et encourageant la recherche dans les entreprises où elle est peu développée, ou dans les entreprises souhaitant développer des interfaces ou partenariat avec le système universitaire et académique. En l'absence de contrat de partenariat, l'entreprise ne peut pas conclure de CDI d'opération ;

- ou de contribuer à la mise en place de réseaux de partenaires scientifiques et industriels, ou de plates-formes techniques s’inscrivant dans les mêmes champs scientifiques ou technologiques. En l’absence de contrat de partenariat, l’entreprise ne peut pas conclure de CDI d’opération ;
- les projets d’investissement et/ou de performance industriels : il s’agit dans le cadre de ces projets soit :
 - d’accompagner des investissements industriels d’une durée de 3 à 5 ans ;
 - ou d’accompagner des projets de transformations industrielles d’une durée de 3 à 5 ans ;
- les phases d’étude et de développement de nouveaux outils informatiques et/ou d’intelligence artificielle.

Le CSE est informé du nombre de CDI d’opération dans l’entreprise et des cas de recours au moins annuellement dans le cadre de la consultation de la politique sociale de l’entreprise.

Article 5 | Durée du CDI d’opération

La durée du CDI d’opération est celle de tout ou partie de l’opération spécifique pour laquelle il est conclu.

Dans la mesure où la date de fin de l’opération ne peut être connue précisément à l’avance, la durée de ce contrat ne peut pas être déterminée. Elle est au minimum de 18 mois (sauf cessation anticipée de l’opération), et au maximum de 5 ans.

L’événement qui marque la fin du contrat est en revanche connu : il s’agit de la réalisation de l’opération ou des tâches concourant à l’opération prévues par le contrat. C’est à ce moment que le CDI d’opération arrive à échéance.

Si le terme exact du contrat est inconnu, l’entreprise doit en revanche préciser au contrat une période indicative.

Le CDI d’opération n’est pas renouvelable par nature.

À l’issue de l’opération, la relation contractuelle de travail qui lie le/la salarié(e) à l’entreprise ne peut se poursuivre qu’au travers d’un nouveau contrat de travail à durée indéterminée de droit commun. Le cas échéant, l’entreprise doit élaborer un contrat de travail dont la qualification, la classification et la rémunération (à l’exclusion de la majoration liée au CDI d’opération) sont équivalentes à celles qui étaient définies dans le CDI d’opération.

Article 6 | Mesures d’information du salarié sur la nature de son contrat

Lors de son embauche, le/la salarié(e) est informé(e) :

- de la nature particulière de son contrat de travail afin d’éclairer son consentement ;
- des missions qui sont confiées au, à la salarié(e), et qui peuvent être liées soit à l’opération dans son ensemble, soit correspondre à une ou plusieurs étapes de l’opération ;
- de la durée de sa période d’essai en application de l’article 9 des dispositions générales conventionnelles et des avenants catégoriels ;
- de la période indicative de fin de contrat (correspondant à la date de fin de l’opération ou d’une tâche dans le cadre de l’opération) ;
- des modalités particulières de rupture du contrat.

La prestation de travail concerne uniquement les missions décrites dans le contrat de travail ; l’affectation du/de la salarié(e) à d’autres missions peut entraîner la requalification du contrat en CDI de droit commun.

Article 7 | Contreparties en termes de rémunération accordées aux salarié(e)s

Le salaire de base du/de la salarié(e) signataire d'un CDI d'opération est majorée de 5 %. Le salaire de base ne pourra pas être inférieur à celui des salarié(e)s exerçant un emploi équivalent relevant du même groupe de classification et dont l'ancienneté est comparable.

La majoration est identifiée dans le bulletin de salaire de manière distincte du salaire de base ; elle n'entre pas dans le calcul de la prime d'ancienneté. Quand ce salaire est déterminé sur la base du salaire minimum de la classification, la grille à prendre en compte est la plus favorable entre celle de la convention collective et celle de l'entreprise s'il en existe une.

Le, la salarié(e) en CDI d'opération bénéficie des mesures salariales potentiellement applicables aux CDI de droit commun.

Article 8 | Garantie en termes de formation

Les salarié(e)s embauché(e)s en CDI d'opération bénéficient du plan de développement des compétences de l'entreprise dans les mêmes conditions que les salarié(e)s ayant un contrat à durée indéterminée de droit commun.

Article 9 | Modalités de rupture du contrat

1. La fin de l'opération ou la réalisation des tâches contractuelles définies dans le contrat constituent un motif spécifique de rupture du contrat. Dans ces hypothèses, le licenciement repose sur une cause réelle et sérieuse conformément à l'article L. 1236-8 du code du travail. Cette rupture est soumise à la procédure applicable au licenciement pour motif personnel prévue aux articles L. 1232-2 à L. 1232-6 du code du travail.

2. La rupture anticipée liée à la non-réalisation ou la cessation anticipée de l'opération (ou de l'étape faisant l'objet du contrat de travail) repose également sur une cause réelle et sérieuse. La rupture anticipée de l'opération peut intervenir avant les 18 mois stipulés à l'article IV du présent accord.

La notification de licenciement précise dans ce cas les causes de cette cessation anticipée. L'entreprise doit alors :

- informer le CSE de la fin anticipée de l'opération ;
- informer le salarié de la fin anticipée de l'opération ;
- rechercher un poste disponible (en CDD, en CDI d'opération ou en CDI de droit commun) ;
- en cas d'absence de reclassement possible, mettre en œuvre une procédure de licenciement.

3. Tous les cas de rupture du CDI de droit commun peuvent mettre un terme au CDI d'opération ; ces cas de rupture doivent répondre aux exigences des textes qui les prévoient.

4. Un préavis conforme aux dispositions conventionnelles en vigueur doit être observé.

5. À l'issue du CDI d'opération quelle qu'en soit la cause exceptée la fin anticipée de l'opération, l'entreprise doit proposer une priorité de réembauchage au, à la salarié(e) :

- pour occuper un emploi à qualification et classification similaires pérenne ;
- assorti d'une rémunération au moins équivalente, à l'exclusion de la majoration liée au contrat d'opération.

Pour bénéficier de cette priorité, le, la salarié(e) doit en faire la demande dans un délai de 2 mois suivants la fin du contrat de travail.

Cette priorité est valable pendant 1 an suivant la rupture du contrat de travail et concerne les emplois disponibles correspondant à la qualification du/de la salarié(e) ou une nouvelle qualification que le, la salarié(e) aurait acquise depuis la fin de son CDI d'opération.

La notification de licenciement doit mentionner la priorité de réembauche.

Article 10 | Contreparties en termes d'indemnité de licenciement accordées aux salarié(e)s

Les salarié(e)s en CDI d'opération licencié(e)s à la fin de leur contrat bénéficient d'une indemnité égale à l'indemnité conventionnelle de licenciement. S'ajoute à cette indemnité une prime égale à :

- 10 % de la rémunération brute totale hors indemnité de licenciement versée pendant la durée totale du contrat, pour les contrats d'une durée totale inférieure ou égale à 18 mois (valable dans les cas de rupture anticipée du contrat) ;
- 8 % de la rémunération brute totale hors indemnité de licenciement versée pendant la durée totale du contrat, pour les contrats d'une durée totale supérieure à 18 mois et inférieure ou égale à 3 ans ;
- 6 % de la rémunération brute totale hors indemnité de licenciement versée pendant la durée totale du contrat, pour les contrats d'une durée totale supérieure à 3 ans.

Cette prime n'est pas due :

- en cas de rupture anticipée du contrat à l'initiative du/de la salarié(e), en cas de faute grave ou de force majeure ;
- lorsque le/la salarié(e) refuse une proposition d'embauche en contrat de travail à durée indéterminée de droit commun à l'issue de son CDI d'opération, pour occuper un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Article 11 | Bilan et de suivi de l'accord

Trois ans après l'extension de l'accord, un bilan est prévu entre les parties au niveau de la branche afin d'évaluer l'utilisation du CDI d'opération. Cette information sera intégrée au rapport annuel de branche.

Article 12 | Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur à compter du lendemain de la parution de l'arrêté de l'extension au *Journal officiel*.

Article 13 | Dépôt et extension

Le texte du présent accord sera déposé à la direction générale du travail et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris, conformément aux dispositions du code de travail. Il fera également l'objet d'une demande d'extension par la partie la plus diligente auprès du ministère du travail.

Article 14 | Révisions et dénonciations

Conformément aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail, les partenaires sociaux ont la faculté de le modifier.

Sont habilitées à engager la procédure de révision d'un accord de branche :

1° Jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel la convention ou l'accord est conclu :

a) Une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord et signataires ou adhérentes de la convention ou de l'accord.

b) Une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs signataires ou adhérentes. Si la convention ou l'accord est étendu, ces organisations doivent être en outre représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord.

2° À l'issue de ce cycle :

a) Une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord.

b) Une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs de la branche. Si la convention ou l'accord est étendu, ces organisations doivent être représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord.

La demande de révision doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

La commission sociale paritaire se réunit alors dans un délai de 3 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Le présent accord est soumis aux dispositions légales et réglementaires en vigueur concernant les modalités de dénonciation.

Fait à Paris, le 19 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3301 | Convention collective nationale

IDCC : 2098 | **PRESTATAIRES DE SERVICES DANS LE DOMAINE
DU SECTEUR TERTIAIRE**

**Rectificatif au *Bulletin officiel* n° 2019-41
du 26 octobre 2019**

IDCC : 2098

Page 74 :

Au lieu de : « Avenant du 17 juin 2019 à l'accord du 25 septembre 2015 relatif au régime de frais de santé (annexes I à III) » (NOR : ASET1951219M),

Lire : « Avenant du 17 juin 2019 portant mise en conformité avec la réglementation 100 % Santé ».

Page 83 :

Au lieu de : « Avenant du 17 juin 2019 à l'accord du 25 septembre 2015 relatif au régime de frais de santé (annexe IV) » (NOR : ASET1951218M),

Lire : « Avenant du 17 juin 2019 relatif à l'annexe IV de l'avenant du 10 septembre 2018 ».

Brochure n° 3196 | Convention collective nationaleIDCC : 1351 | **ENTREPRISES DE PRÉVENTION ET DE SÉCURITÉ**

Accord du 18 décembre 2019
relatif aux entretiens professionnels

NOR : ASET2050327M

IDCC : 1351

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

SESA ;**GPMSETLS,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNECS CFE-CGC ;**FS CFDT ;****SNEPS CFTC ;****UNSA CS,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi du 5 septembre 2018 sur la liberté de choisir son avenir professionnel permet, en son article 8, de prévoir, par accord collectif d'entreprise ou de branche, des modalités d'appréciation du parcours professionnel d'un salarié ainsi qu'une périodicité des entretiens professionnels différentes de celles définies par ladite loi.

Les parties rappellent que l'article L. 6315-1 du code du travail indique que le salarié bénéficie tous les 2 ans d'un entretien professionnel avec son employeur consacré à ses perspectives d'évolution professionnelle, notamment en termes de qualifications et d'emploi.

Considérant les particularités de la branche professionnelle de la prévention-sécurité (notamment : passation du personnel liée aux pertes et gains de marchés, réalisation de la prestation sur le site client et non en site propre), les parties conviennent qu'il est préférable de valoriser la bonne réalisation des entretiens.

Considérant parallèlement la nécessité d'accroître la formation et la professionnalisation des salariés dans les métiers de la prévention-sécurité afin d'avoir une meilleure appropriation du poste de travail et de mieux répondre ainsi aux attentes de nos salariés de bénéficier d'un parcours professionnel enrichissant et aux exigences de nos clients.

Afin de promouvoir le développement de carrière et le parcours des salariés, les parties signataires conviennent d'aménager la périodicité des entretiens professionnels au sein de la période de 6 ans, tout en encadrant explicitement l'action de formation prévue au 1° de l'article L. 6315-1. En effet, les parties signataires souhaitent privilégier la qualité des entretiens plutôt que leur nombre.

Parallèlement, les parties signataires souhaitent favoriser la formation ou sensibilisation des collaborateurs en charge de la réalisation de ces entretiens professionnels pour en garantir l'efficacité.

Aussi, ces dispositions ont vocation à aménager, comme le prévoient les textes, l'appréciation du parcours professionnel via :

- la réalisation de 2 entretiens par période de 6 ans ;
- la réalisation d'une action de formation complémentaire par période de 6 ans.

Il est convenu ainsi ce qui suit :

Article 1^{er} | Aménagement de la périodicité des entretiens professionnels

Deux entretiens auront lieu dans la période de 6 ans.

Le premier entretien professionnel aura lieu dans les 3 premières années de la période. Le second entretien se tiendra dans la seconde période de 3 ans et traitera de l'état des lieux récapitulatif, portant notamment sur l'appréciation du parcours professionnel du salarié.

À la demande du salarié, le cas échéant, un entretien supplémentaire pourra être réalisé dans la période.

Article 2 | Articulation de l'aménagement de la périodicité des entretiens professionnels pour les salariés occupant un mandat

Afin de coordonner les dispositions du présent accord avec celles de l'article L. 2141-5 du code du travail, les signataires ont convenu ce qui suit :

2.1. Prise de mandat

À l'occasion de la prise d'un mandat et sur demande du représentant du personnel, un entretien de prise de mandat visant à faciliter la coordination de l'exercice du mandat et de l'activité professionnelle pourra être organisé dans le cadre de l'article L. 2141-5 du code du travail. Ce dernier ne vaut pas entretien professionnel.

2.2. Pendant l'exercice du mandat

À la demande du représentant du personnel, le cas échéant, un entretien professionnel supplémentaire pourra être réalisé pendant la durée du mandat. Dans ce cas, cet entretien correspondra à l'entretien supplémentaire prévu dans le cadre de l'article 1^{er} du présent accord.

2.3. Au terme du mandat

Au terme de l'exercice du ou des mandats, un nouvel entretien pourra être organisé sur demande du représentant du personnel avec un représentant de la direction, dont l'objet sera :

- d'arrêter les modalités de reprise de l'activité professionnelle ;
- de prendre en compte les compétences acquises lors des activités syndicales et de représentation du personnel ;

Cet entretien professionnel s'inscrira dans le cadre de l'entretien prévu à l'article L. 2141-5 alinéa 4 et vaudra entretien professionnel au sens du présent accord.

Article 3 | Modalités de réalisation de l'entretien

Les parties conviennent de définir le processus de l'entretien professionnel afin d'en améliorer la qualité, par les mécanismes suivants :

- la convocation informe le salarié dans un délai convenable des objectifs et des modalités de l'entretien ;
- l'entretien professionnel est individuel et est du temps de travail effectif ;
- l'entretien professionnel est réalisé par une personne justifiant d'une formation ou d'une expérience professionnelle la rendant légitime à la conduite de ces entretiens ;
- il est recommandé que l'entretien ait lieu hors du poste de travail habituel ;
- afin que l'entretien se déroule dans les meilleures dispositions, il est rappelé que, pendant la durée de celui-ci, les deux parties doivent s'y consacrer exclusivement ; en particulier le salarié ne peut être affecté à des missions opérationnelles.

Les parties rappellent que l'entretien professionnel porte sur les perspectives d'évolution professionnelle, notamment en termes de qualifications et d'emploi. Il comporte, plus particulièrement, des informations relatives à la validation des acquis de l'expérience, à l'activation facultative par le salarié de son compte personnel de formation, aux abondements de ce compte que l'employeur est susceptible de financer et au conseil en évolution professionnelle.

L'entretien est également l'occasion pour l'employeur de rappeler au salarié les formations qualifiantes et/ou certifiantes auxquelles il peut avoir accès ainsi que des modalités de leur mise en œuvre.

L'employeur peut ajouter ou substituer à ces mécanismes, par accord d'entreprise, d'autres éléments dans le contenu de l'entretien en fonction des orientations stratégiques de l'entreprise.

L'entretien professionnel et l'état des lieux récapitulatif donnent chacun lieu à la rédaction d'un document dont une copie est remise au salarié.

Article 4 | Disposition spécifique dans le cas de l'accord de reprise

Lorsque les salariés sont repris en cours de cycle de 6 ans par application des dispositions conventionnelles en cas de changement de prestataire sur un marché, l'entreprise entrante devra réaliser avant la fin du cycle en cours du salarié repris, dans les conditions prévues à l'article 2 du présent accord, un entretien professionnel et un état des lieux, qui pourront avoir lieu en une seule fois.

La réalisation de cet entretien et de l'état des lieux libérera l'entreprise entrante de ses obligations à l'égard du salarié repris pour le cycle en cours.

Article 5 | Disposition spécifique pour les salariés terminant leur 1^{er} cycle en 2020, 2021 ou 2022

Pour les salariés dont le 1^{er} cycle de 6 ans se terminera en 2020, 2021 ou 2022, l'entretien professionnel et l'état des lieux prévus à l'article 1^{er} pourront être réalisés au cours d'un même rendez-vous.

La réalisation de cet entretien et de l'état des lieux libérera l'entreprise entrante de ses obligations à l'égard du salarié repris pour le cycle en cours.

Article 6 | *Appréciation des formations non obligatoires et de la nécessité de réaliser une action de formation complémentaire à celles déjà en vigueur*

Dès lors qu'elle est réalisée en présentiel, l'action de formation prévue au 1° de l'article L. 6315-1 ne pourra être d'une durée inférieure à 7 heures. Cette durée minimale peut être réalisée dans le cadre d'un parcours de plusieurs modules disjoints dans le temps.

Toutefois, les entreprises ont la possibilité d'adopter des modalités d'action de formation différentes compte tenu notamment des dispositions légales évolutives (e-learning, formation en situation de travail).

Cette action de formation est définie par l'article L. 6313-2 comme un « comme un parcours pédagogique permettant d'atteindre un objectif professionnel ». Les parties conviennent que cette action de formation doit donner lieu à une attestation de réalisation si la formation se déroule en présentiel ou à des évaluations intermédiaires ou finales pour une formation à distance (FOAD) ou dans le cadre d'une formation en situation de travail (FEST) conformément aux articles D. 6313-3-1 et D. 6313-3-2.

L'action de formation ne peut correspondre à une formation qui conditionne l'exercice d'une activité ou d'une fonction, en application d'une convention internationale ou de dispositions légales et réglementaires.

Les partenaires sociaux actent que les formations relevant de l'article L. 6321-2 pour la branche des entreprises de prévention et de sécurité sont celles listées en annexe I.

Article 7 | *Durée et entrée en vigueur*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en application à compter du premier jour du mois suivant sa date de signature par les organisations représentatives d'employeurs et de salariés dans le respect de leur audience respective.

Article 8 | *Disposition concernant les entreprises de moins de 50 salariés*

La totalité des stipulations du présent accord sont applicables aux entreprises de moins de 50 salariés.

Les dispositions du présent accord s'appliquent donc à l'ensemble des entreprises régies par la convention collective nationale des entreprises de prévention et de sécurité.

Article 9 | *Disposition concernant l'égalité femmes-hommes*

L'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et de mixité des emplois, ainsi que les mesures permettant de l'atteindre, ont bien été pris en compte au cours des échanges entre les parties.

Article 10 | *Bilan de l'accord*

Les parties conviennent qu'un bilan du présent accord interviendra avant le 31 décembre 2021 dans le cadre des travaux de l'observatoire des métiers de la branche prévention-sécurité. Pour ce faire, la CPPNI s'adressera à la CPNEFP.

À cette occasion, une négociation sur la mise en place d'un passeport de formation s'ouvrira.

Un bilan annuel sera réalisé durant les 3 années suivantes, selon des modalités définies par la CPPNI, afin d'évaluer l'application, les évolutions possibles et les accords collectifs d'entreprise mis en œuvre relatifs au présent accord.

Article 11 | Révision. Dénonciation

11.1. Révision

Conformément aux dispositions légales, le présent accord pourra être révisé à tout moment par accord entre les parties. Peuvent engager une procédure de révision, les organisations visées par l'article L. 2261-7 du code du travail. Elles formulent leur demande de révision de tout ou partie de l'accord par lettre recommandée avec avis de réception.

Les négociations sur ce projet de révision devront s'engager dans un délai de 3 mois suivant la présentation du courrier de révision.

Les dispositions de l'accord dont la révision est demandée resteront en vigueur jusqu'à la conclusion d'un nouvel accord ou avenant ou à défaut seront maintenues.

11.2. Dénonciation

Le présent avenant peut être dénoncé à tout moment, avec un préavis de 3 mois, par l'une ou l'autre des parties signataires par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 12 | Dépôt et publicité

Le présent document sera déposé en deux exemplaires (une version papier et une version électronique) par l'une des organisations patronales signataires auprès de la direction générale du travail ainsi qu'en un exemplaire auprès du greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une demande d'extension sera par ailleurs déposée par la partie patronale dans les conditions décrites à l'article L. 2261-24 du code du travail.

Un exemplaire dûment signé par chacune des parties sera remis à chaque organisation représentative au sein de la branche.

Fait à Paris, le 18 décembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Formations réglementaires pour les salariés des entreprises de prévention et de sécurité

■ Liste non exhaustive susceptible d'évolution :

- formations relevant de l'arrêté du 27 juin 2017 portant cahier des charges applicable à la formation initiale aux activités privées de sécurité et utilisées dans le cadre d'un emploi les nécessitant ;
- formations relevant de l'arrêté du 27 février 2017 relatif à la formation continue des agents privés de sécurité et utilisées dans le cadre d'un emploi les nécessitant ;
- formations relevant de l'arrêté du 2 mai 2005 relatif aux missions, à l'emploi et à la qualification du personnel permanent des services de sécurité incendie des établissements recevant du public et des immeubles de grande hauteur et utilisées dans le cadre d'un emploi les nécessitant ;
- formations relevant de l'arrêté du 11 septembre 2013 relatif aux mesures de sûreté de l'aviation civile et utilisées dans le cadre d'un emploi les nécessitant.

Brochure n° 3173 | Convention collective nationale

IDCC : 3043 | **ENTREPRISES DE PROPRIÉTÉ ET SERVICES ASSOCIÉS****Accord du 27 novembre 2019**
relatif à l'agenda social prévisionnel pour l'année 2020

NOR : ASET2050328M

IDCC : 3043

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FEP ;**SNPRO,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;**FS CFTD ;****FNPD CGT ;****FEETS FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Les organisations et patronales représentatives réunies ce jour définissent l'ordre du jour de l'agenda social pour 2020.

Thèmes	Période prévisionnelle de négociation
Formation professionnelle	1 ^{er} trimestre 2020
Responsabilité sociale et sociétale des entreprises : – volet 1 : égalité, handicap, diversité – volet 2 : prévention des risques professionnels,	Fin 2019/1 ^{er} semestre 2020 4 ^e trimestre 2020
GT révisions « Classifications » (suite négó 2019)	2020
Salaires 2021	Été 2020
Clause de revoyure prime annuelle	Été 2020
Temps partiel (art. 6.2 CCN)	Automne 2020

Fait à Villejuif, le 27 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3285 | Convention collective nationale

IDCC : 1922 | **RADIODIFFUSION**

Avenant n° 3 du 27 novembre 2019

à l'accord du 6 novembre 2014 relatif à la durée du travail à temps partiel

NOR : ASET2050323M

IDCC : 1922

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

SIRTI ;

CNRA ;

SNRL,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

F3C CFTD,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant à l'accord de branche du 6 novembre 2014 relatif à la durée du travail des personnels à temps partiel a été négocié par les organisations de salariés et d'employeurs en commission mixte paritaire.

L'objectif de cet avenant est d'encadrer le temps partiel dans le sens de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels tout en conservant les dérogations admises par l'accord de 2014.

Il est applicable dans le champ de la convention collective nationale de la radiodiffusion (IDCC 1922) dans les mêmes dispositions prévues par l'article 2 de l'accord du 6 novembre 2014 relatif à la durée du travail des personnels à temps partiel.

En conséquence, l'accord du 6 novembre 2014 ainsi que l'avenant n° 1 du 8 juillet 2015 sont modifiés comme suit. Les autres articles et dispositions de l'accord demeurent inchangés.

« La mention "Article" sous le titre de l'accord devient "Préambule". »

Nouvelle version de l'article 1^{er} :

« Le présent accord fixe les conditions auxquelles il est possible de déroger, pour les entreprises de son champ, à la durée hebdomadaire minimale de 24 heures pour les contrats de travail à temps partiel.

Les entreprises pourront recourir à des contrats de travail assortis de temps de travail inférieurs à 24 heures hebdomadaires dans les conditions prévues par la loi, ainsi que

par dérogation aux dispositions légales dans les limites et conditions stipulées au présent accord.

Il est tout d'abord rappelé qu'en application de l'article L. 3123-4 du code du travail le refus par un salarié d'accomplir un travail à temps partiel ne constitue ni une faute ni un motif de licenciement.

Il est également rappelé qu'en application de l'article L. 3123-7 du code du travail une durée de travail inférieure à 24 heures hebdomadaires peut être fixée :

- à la demande du salarié soit pour lui permettre de faire face à des contraintes personnelles, soit pour lui permettre de cumuler plusieurs activités afin d'atteindre une durée globale d'activité correspondant à un temps plein ou au moins égale à la durée mentionnée au même article, cette demande devant être écrite et motivée ;
- aux contrats de travail d'une durée au plus égale à 7 jours ;
- aux contrats de travail conclu au titre du 1° de l'article L. 1241-2 du code du travail ;
- aux contrats de travail temporaire conclus au titre du 1° de l'article L. 1251-6 du code du travail pour le remplacement d'un salarié absent ;
- à la demande du salarié de moins de 26 ans poursuivant ses études ».

Nouvelle version de l'article 3 :

« Pour toutes entreprises de la branche donc de tout type, les pronostiqueurs, les artistes interprètes et musiciens, les voix antenne et speakers de messages publicitaires, les humoristes, les astrologues, critiques, experts, les commentateurs sportifs non journalistes, les intervenants des émissions et opérations spéciales pourront être employés pour répondre aux demandes particulières des émissions, sans que des durées minimales de temps de travail ne puissent être imposées à l'occasion de la réalisation de ces prestations, sous réserve du caractère exceptionnel des prestations réalisées et du respect des dispositions de l'article 4 du présent accord.

Les journalistes pigistes pourront également être employés aux conditions de ce statut spécifique lié à la demande par l'employeur d'une prestation éditoriale qui ne saurait entrer dans le champ d'une durée minimale de travail. »

Nouvelle version de l'article 4.1 « Horaires écrits et réguliers »

« Les salariés concernés devront bénéficier d'horaires de travail fixés par écrit au contrat de travail ou dans tout document annexe revêtu de la signature du salarié et de l'employeur.

La modification des horaires fixés par le contrat de travail, lorsqu'elle intervient à la demande de l'employeur, devra faire l'objet d'un délai de prévenance de 15 jours calendaires minimums.

Sans que cela puisse constituer une faute ou un motif de licenciement, le salarié pourra, dans ce délai, s'opposer à la modification de ses horaires proposée par l'employeur :

- lorsque la modification proposée aurait pour conséquence prévisible de l'empêcher de cumuler plusieurs activités afin d'atteindre une durée globale d'activité correspondant à un temps plein ou au moins égale à la durée mentionnée à l'article L. 3123-14-1 du code du travail ;
- lorsque la modification proposée n'est pas compatible avec des obligations familiales impérieuses dûment justifiées ;
- lorsque la modification proposée n'est pas compatible avec le suivi d'un enseignement scolaire ou supérieur ;

- lorsque la modification proposée n'est pas compatible avec une période d'activité professionnelle non salariée ou une période d'activité fixée chez un autre employeur. »

Nouvelle version de l'article 4.3 « Éléments de rémunération » :

« Les heures de travail complémentaires effectuées dans la limite de 1/10 de la durée hebdomadaire ou mensuelle fixée au contrat de travail sont majorées dès la première heure au taux de 25 % par rapport aux heures normales. Conformément à l'article L. 3123-20 du code du travail, le nombre d'heures complémentaires pouvant être accomplies est porté au tiers de la durée contractuelle de travail prévue et par dérogation aux dispositions de l'article L. 3123-29 du code du travail, chacune des heures complémentaires accomplies au-delà de 1/10, dans la limite de 1/3, donne lieu à une majoration de salaire de 30 %.

Une prime de coupure longue de 8,50 € sera accordée pour chaque jour de travail au cours duquel un temps de coupure supérieur à 90 minutes est appliqué (hors temps de pause de repas accordé au salarié). »

« L'article 6 » est abrogé.

« L'article 7 » devient « l'article 6 ».

Nouvelle version de l'article 6 :

« Le présent accord est conclu pour une durée déterminée de 5 ans.

Les parties signataires conviennent d'en demander l'extension.

Il entre en vigueur dès le 1^{er} janvier 2020 pour les entreprises adhérentes à l'une des organisations professionnelles représentatives de la branche signataires. Pour les autres entreprises entrant dans son champ d'application, il entre en vigueur à partir du jour de la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* de la République française.

Les partenaires sociaux effectueront un bilan d'application dudit accord le :

- 1^{er} semestre 2022 ;
- 1^{er} semestre 2024.

Dans le cadre d'une éventuelle révision de l'accord, l'ensemble des syndicats et organisations représentatives de la branche radiodiffusion (IDCC 1922) seront conviées aux discussions.

L'accord pourra être révisé, à la demande de l'une ou l'autre des parties, selon les règles prévues aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail et dénoncé selon les règles prévues aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 à L. 2261-13 du même code.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois. »

Ajout d'un nouvel article 7 :

« Considérant que la branche professionnelle de la radiodiffusion (IDCC 1922) comporte majoritairement des TPE et PME, les signataires conviennent ainsi que le contenu du présent accord prend pleinement en compte les spécificités des entreprises de moins de 50 salariés visées aux articles L. 2232-10-1 et L. 2261-23-1 du code du travail. »

Nouvelle version de l'article 8 :

« La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la convention collective de la radiodiffusion est compétente pour traiter des questions soulevées par l'application du présent accord. Elle se réunira au moins une fois par an, à compter du premier anniversaire de l'extension du présent accord, pour examiner les questions soulevées par l'application du présent accord. Elle pourra transmettre tout avis de conciliation et d'interprétation, ou tout avis plus général qu'elle formulerait, à la commission mixte paritaire de la branche de la radiodiffusion.

Les organisations de salariés et les organisations d'employeurs s'engagent à procéder à une évaluation de l'emploi à temps partiel dans la branche dans le prochain rapport de branche ainsi qu'à mesurer les effets du présent accord et son impact sur l'emploi et sur les conditions d'emploi dans la branche, au plus tard au cours de la troisième année suivant son entrée en application. »

Fait à Paris, le 27 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3005T4 | Convention collective nationale

IDCC : **3212 | TRAVAUX PUBLICS**
(Tome IV : Cadres)

Accord du 20 novembre 2019

relatif aux barèmes des salaires minima hiérarchiques des cadres
au 1^{er} janvier 2020

NOR : ASET2050331M

IDCC : 3212

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FNTP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

BATIMAT-TP CFTC ;

CFE-CGC BTP ;

FG FO construction ;

FNCB CFDT,

d'autre part,

Réunis dans le cadre de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) mise en place par accord du 23 mai 2018 dans la branche des travaux publics, il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

À compter du 1^{er} janvier 2020, les salaires minima hiérarchiques annuels des positions de la classification des cadres des travaux publics de la convention collective nationale des cadres des travaux publics du 20 novembre 2015 sont les suivants :

(Voir page suivante.)

A1	29 631 €
A2	32 228 €
B	33 782 €
B1	36 352 €
B2	38 700 €
B3	40 295 €
B4	43 409 €
C1	45 225 €
C2	52 709 €

Article 2

À compter du 1^{er} janvier 2020, les salaires minima hiérarchiques annuels applicables aux cadres bénéficiant d'une convention de forfait en jours sur l'année sont les suivants :

A1	34 076 €
A2	37 062 €
B	38 850 €
B1	41 805 €
B2	44 506 €
B3	46 339 €
B4	49 921 €
C1	52 009 €
C2	60 615 €

Article 3

Le texte du présent accord collectif national sera déposé à la direction générale du travail et au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris, conformément aux dispositions de l'article D. 2231-2 du code du travail.

Article 4

Les parties au présent accord rappellent qu'il a pour objet de fixer les salaires minima hiérarchiques applicables à l'ensemble des salariés cadres des entreprises de travaux publics.

Compte tenu du caractère intrinsèquement général des salaires minima hiérarchiques, cet accord ne nécessite pas d'adaptation pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 5

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord au ministère chargé du travail conformément aux dispositions des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Article 6

Toute organisation syndicale non signataire du présent accord collectif national pourra y adhérer conformément à l'article L. 2261-3 du code du travail.

Fait à Paris, le 20 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3029 | Convention collective nationale

IDCC : 493 | **VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX
ET LIQUEURS DE FRANCE**

Accord tripartite du 5 mars 2020
relatif au barème des salaires au 1^{er} janvier 2019

NOR : ASET2050319M

IDCC : 493

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

UMC,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FO Champagne ;

CFDT Champagne ;

SNCEA CFE-CGC GE,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

À compter du 1^{er} janvier 2020, le barème de salaires tripartite est revalorisé de + 1 % par rapport au barème applicable au 1^{er} janvier 2019.

Le barème revalorisé figure en annexe et s'applique aux salariés figurant dans l'effectif à la date du présent accord. Ayant vocation à définir les salaires minima conventionnels, les dispositions du présent accord sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la convention régionale des vins de Champagne. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de 50 salariés et de 50 salariés et plus.

Fait à Reims, le 5 mars 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe Calculs des mensualités (pour 35 heures) par coefficient d'emploi suite à l'accord tripartite du 5 mars 2020

		Rémunération mensuelle garantie pour 35 heures/semaine à effet au 1 ^{er} janvier 2020								(Prime annuelle à ajouter cf. article C 26)					
	Salaire garanti	Mensualité : 35 heures + MTP + adaptation			Rémunération mensuelle incluant les primes MTP + adaptation + évolution de carrière à l'ancienneté										
		1 ^{er} mois	2 à 6	7 à 12	1 an à < 3 ans	3 ans à < 6 ans	6 ans à < 11 ans	11 ans à < 16 ans	16 ans à < 21 ans	21 ans à < 26 ans	26 ans à < 30 ans	30 ans à < 35 ans	35 ans < 40 ans	40 ans et plus	
	Taux horaire	Mensualité = 35 heures + MTP + Adaptation			Montants en euros par mois (primes mensuelles comprises)										
		152,25	158,34	162,40											
Employé et ouvrier		Valeur du point coef. 100 = 9,29													
100	9,29														
120	10,36	1 576,75	1 639,82	1 681,87	1 702,72	1 722,91	1 733,17	1 743,26	1 753,35	1 765,63	1 779,25	1 799,26	1 807,84	1 816,42	
130	10,89	1 658,03	1 724,35	1 768,56	1 790,49	1 811,72	1 822,50	1 833,12	1 843,73	1 856,64	1 870,96	1 892,01	1 901,03	1 910,05	
140	11,42	1 739,30	1 808,88	1 855,26	1 878,26	1 900,53	1 911,84	1 922,97	1 934,11	1 947,65	1 962,68	1 984,75	1 994,22	2 003,68	
150	11,96	1 820,58	1 893,40	1 941,95	1 966,03	1 989,34	2 001,18	2 012,83	2 024,49	2 038,66	2 054,39	2 077,50	2 087,40	2 097,31	
160	12,49	1 901,86	1 977,93	2 028,65	2 053,80	2 078,15	2 090,52	2 102,69	2 114,86	2 129,67	2 146,11	2 170,25	2 180,59	2 190,94	
170	13,03	1 983,13	2 062,46	2 115,34	2 141,57	2 166,96	2 179,86	2 192,55	2 205,24	2 220,68	2 237,82	2 262,99	2 273,78	2 284,57	
175	13,29	2 023,77	2 104,72	2 158,69	2 185,46	2 211,36	2 224,53	2 237,48	2 250,43	2 266,19	2 283,68	2 309,36	2 320,37	2 331,38	
180	13,56	2 064,41	2 146,98	2 202,04	2 229,34	2 255,76	2 269,20	2 282,41	2 295,62	2 311,70	2 329,53	2 355,74	2 366,97	2 378,20	

		Rémunération mensuelle garantie pour 35 heures/semaine à effet au 1 ^{er} janvier 2020						(Prime annuelle à ajouter cf. article C 26)						
	Salaire garanti	Mensualité : 35 heures + MTP + adaptation				Rémunération mensuelle incluant les primes MTP + adaptation + évolution de carrière à l'ancienneté								
		1 ^{er} mois	2 à 6	7 à 12	1 an à < 3 ans	3 ans à < 6 ans	6 ans à < 11 ans	11 ans à < 16 ans	16 ans à < 21 ans	21 ans à < 26 ans	26 ans à < 30 ans	30 ans à < 35 ans	35 ans < 40 ans	40 ans et plus
	Taux horaire	Mensualité = 35 heures + MTP + Adaptation				Montants en euros par mois (primes mensuelles comprises)								
		152,25	158,34	162,40										
190	14,09	2 145,68	2 231,51	2 288,73	2 317,11	2 344,57	2 358,54	2 372,27	2 386,00	2 402,71	2 421,25	2 448,48	2 460,16	2 471,83
195	14,36	2 186,32	2 273,77	2 332,08	2 360,99	2 388,98	2 403,20	2 417,20	2 431,19	2 448,21	2 467,10	2 494,86	2 506,75	2 518,64
Agents d'encadrement		< 2 mois	3 à 6 mois	> 6 mois	Cadres	Position	Coef.	< 18 mois	18 > 36	> 36 mois				
	200	14,63	2 226,96	2 316,04	2 375,42	la		2 633,34	2 738,67	2 808,90				
	210	15,16	2 308,24	2 400,56	2 462,12		300	3 039,72	3 161,31	3 242,37				
	220	15,69	2 389,51	2 485,09	2 548,81	lb	à	93,75 %	97,50 %	100,00 %				
	225	15,96	2 430,15	2 527,36	2 592,16		349	3 437,97	3 575,49	3 667,17				
	230	16,23	2 470,79	2 569,62	2 635,51		350	3 446,10	3 583,94	3 675,84				
	240	16,76	2 552,06	2 654,15	2 722,20	II	à	93,75 %	97,50 %	100,00 %				
	245	17,03	2 592,70	2 696,41	2 765,55		449	4 250,73	4 420,76	4 534,11				
	250	17,30	2 633,34	2 738,67	2 808,90		450	4 258,86	4 429,21	4 542,78				
	270	18,36	2 795,89	2 907,73	2 982,28	III a	à	93,75 %	97,50 %	100,00 %				
	295	19,70	2 999,08	3 119,04	3 199,02		599	5 469,87	5 688,66	5 834,53				
	300	19,97	3 039,72	3 161,31	3 242,37		600	5 478,00	5 697,12	5 843,20				
	325	21,30	3 242,91	3 372,62	3 459,10	III b	à	93,75 %	97,50 %	100,00 %				
							719	6 445,18	6 702,99	6 874,86				

		Rémunération mensuelle garantie pour 35 heures/semaine à effet au 1 ^{er} janvier 2020					(Prime annuelle à ajouter cf. article C 26)							
Salaire garanti	Mensualité : 35 heures + MTP + adaptation		Rémunération mensuelle incluant les primes MTP + adaptation + évolution de carrière à l'ancienneté											
	1 ^{er} mois	2 à 6	7 à 12	1 an à < 3 ans	3 ans à < 6 ans	6 ans à < 11 ans	11 ans à < 16 ans	16 ans à < 21 ans	21 ans à < 26 ans	26 ans à < 30 ans	30 ans à < 35 ans	35 ans < 40 ans	40 ans et plus	
	Mensualité = 35 heures + MTP + Adaptation													
	152,25	158,34	162,40	Montants en euros par mois (primes mensuelles comprises)										
Règles générales d'application :														
1. Le coefficient hiérarchique est donné par la grille unique de classification des emplois d'employés, ouvriers (caves et vignes), encadrement et cadres.														
2. Grille non applicable aux saisonniers occupés aux travaux de vendanges (CCC, art. B 391).														
3. Tout salaire mensuel supérieur à celui prévu au barème ne justifie pas de majorer le coefficient hiérarchique exclusivement déterminé par l'emploi.														
4. Aucun élément de salaire du code du travail (Smic) ou particulier à la maison ne peut se cumuler avec les montants de ce barème : (cf. CCC, art. A.25).														

Brochure n° 3029 | Convention collective nationale

IDCC : 493 | **VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX
ET LIQUEURS DE FRANCE**

Accord tripartite du 19 mars 2020
relatif aux maxima spécifiques modulation congés Covid-19

NOR : ASET2050318M

IDCC : 493

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

UMC,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FO Champagne ;

SNCEA CFE-CGC GE,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

L'article B.323 « Maxima spécifiques » à la modulation de la convention collective du champagne est complété *in fine* par les dispositions ci-dessous :

« Dans les circonstances exceptionnelles de la pandémie de Covid-19, et sauf accord d'établissement ou d'entreprise différent, les 2 semaines maximum d'amplitude basse de travail égale à zéro sont portées à 3 semaines maximum. »

Fait à Reims, le 19 mars 2020.

(Suivent les signatures.)

Conventions collectives

Sommaire du fascicule n° 2020-15 du 25 avril 2020

Conventions, avenants et accords

	Pages
Accoupage et sélection (entreprises) : avenant n° 90 du 19 septembre 2019	55
Arboriculture (Deux-Sèvres, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée, Côtes-d'Armor et Morbihan) : avenant n° 6 du 9 janvier 2020	69
Centres équestres (personnel) : avenant n° 97 du 5 novembre 2019 relatif aux dispositions de l'avenant n° 89 du 15 octobre 2015 sur le régime de complémentaire santé	71
Entreprises de travaux agricoles et ruraux et CUMA (Tarn et Haute-Garonne) : avenant n° 75 du 14 janvier 2020	76
Entreprises de travaux agricoles et ruraux et CUMA (Tarn et Haute-Garonne) : avenant n° 77 du 14 janvier 2020	81
Entreprises du paysage : avenant n° 27 du 29 novembre 2019	83
Exploitations agricoles (ingénieurs et cadres) : avenant n° 50 du 24 juin 2019	96
Exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de viticulture, champignonnières, CUMA, entreprises de travaux agricoles, maraîchers et producteurs légumiers (Hautes-Pyrénées) : avenant n° 5 du 17 janvier 2020 à l'accord du 6 février 2007 relatif à la prévoyance	105
Exploitations agricoles et entreprises de travaux agricoles et ruraux (Creuse) : avenant n° 42 du 8 janvier 2020	107
Exploitations et entreprises agricoles (Alsace [salariés non-cadres]) : avenant n° 9 du 17 janvier 2020	109
Exploitations et entreprises agricoles (Haute-Loire et Lozère) : avenant n° 86 du 21 janvier 2020	122
Exploitations et entreprises agricoles (Puy-de-Dôme) : avenant n° 100 du 13 janvier 2020	124
Protection sociale complémentaire (Centre [salariés non-cadres]) : avenant n° 6 du 23 octobre 2019	126
Protection sociale complémentaire (Pays de la Loire et ouest de la France [salariés non-cadres]) : avenant n° 6 du 7 novembre 2019	133
Protection sociale complémentaire en agriculture (Allier [salariés non-cadres]) : avenant n° 5 du 16 janvier 2020	149
Scieries agricoles et exploitations forestières (Limousin) : avenant n° 50 du 15 janvier 2020	151

Brochure n° 3606 | Convention collective nationale

IDCC : 7009 | **ENTREPRISES D'ACCOUVAGE ET DE SÉLECTION AVICOLES**

Avenant n° 90 du 19 septembre 2019

NOR : AGRS2097100M

IDCC : 7009

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Syndicat national des accoueurs SNA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire FGA CFTD ;

Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO ;

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC-Agri ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les Français disposant d'une complémentaire santé.

La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes, jusqu'au remboursement total en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs catégories de remboursement, dont une prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursée (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, les partenaires sociaux font évoluer à compter du 1^{er} janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) du régime conventionnel obligatoire, définies à l'annexe V de la convention collective nationale des entreprises d'accouage et de sélection du 2 avril 1974.

De plus, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire, et du régime optionnel.

Article 1^{er} | Modification de l'article 1.1 de l'annexe V

L'article 1.1 « Garanties et prestations du régime conventionnel obligatoire » est modifié comme suit :

Le tableau de l'article 1.1.1 « Salariés relevant du régime général de la MSA et de la sécurité sociale » est supprimé et remplacé par le tableau suivant :

Prestations en vigueur au 01/01/2020	Régime général	Régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement au titre du régime conventionnel		Remboursement au titre du régime optionnel	REMBOURSEMENT TOTAL au titre du RO + du régime conventionnel	REMBOURSEMENT TOTAL au titre des RO + régime conventionnel + régime optionnel
SOINS COURANTS							
HONORAIRES MEDICAUX							
SOINS COURANTS	Consultations, visites généralistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens	70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	100 % BR	180 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	100 % BR	160 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	100 % BR	180 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	100 % BR	160 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	100 % BR	180 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	100 % BR	160 % BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens	70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	100 % BR	180 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	100 % BR	160 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	100 % BR	180 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	100 % BR	160 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	100 % BR	180 % BR
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	100 % BR	160 % BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens	70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	100 % BR	180 % BR	
	70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	100 % BR	160 % BR	
	70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	100 % BR	180 % BR	
	70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	100 % BR	160 % BR	
	70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	100 % BR	180 % BR	
	70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	100 % BR	160 % BR	
Actes de sages-femmes	70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 70 % BR	100 % BR	170 % BR	

AIDES AUDITIVES	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60% BR	40 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
	MEDICAMENTS Service Médical Rendu Important	65 % BR	35 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	Service Médical Rendu Modéré	30 % BR	70 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	Service Médical Rendu Faible	15 % BR	85 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	MATERIEL MEDICAL Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 % BR	40 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
	TRANSPORT SANITAIRE Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % BR	35 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	AIDES AUDITIVES						
	Prothèse auditive remboursable (1)				100 % santé		100 % santé
	- Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) (2)(3)				300% BR	-	300% BR
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II) (3)	60 % BR	40 % BR	200 % BR	100 % BR	-	100% BR
	Entretien, fournitures et accessoires	60 % BR	40 % BR	0 % BR			

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO	CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO					
	Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % ou 70 % BR	30 % BR ou 35 % BR	160 % BR	260 % BR	260 % BR
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION					
	MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE					
	Frais de séjour	80% ou 100% BR	0 % à 20 % BR	Frais réels	100 % BR	100 % BR
	Forfait actes lourds	-	-	-	Frais réels	Frais réels
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	-	-	-	-	-
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100% BR	0 % ou 20 % BR	155 % BR	255 % BR	255 % BR
	- Autres praticiens	80% ou 100% BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	80% ou 100% BR	0 % ou 20 % BR	-	100 % BR	100 % BR
	Forfait journalier hospitalier	-	-	-	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	-	-	25 € / jour	25 € / jour	39 € / jour
OPTIQUE	OPTIQUE					
	Maternité (dans la limite des frais engagés)	-	-	25 € / jour	25 € / jour	39 € / jour
					1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE					
	Equipement 100% santé (Classe A - tel que défini réglementairement) ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾				100 % santé	100 % santé
	Monture + verres				-	-
	Equipement à tarifs libres (Classe B) ^{(1) (6) (7)(8)}					
OPTIQUE	Monture	60 % BR	60 % BR + 100 €	100 €	100 €	100 €
	Verre simple	60 % BR	100 €		60 % BR + 100 €	60 % BR + 130 €

	Verre complexe Verre très complexe Adaptation de la correction visuelle Verres avec filtre Autres suppléments (prisme, système antipétis, verres iséiconiques) Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	60 % BR 60 % BR 60 % BR 60 % BR 60 % BR 0 % ou 60 % BR	175 € 175 € 40 % BR 40 % BR 40 % BR 100 % ou 40 % BR	60 % BR + 175 € 60 % BR + 175 € Frais réels Frais réels Frais réels 0 % à 100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	+ 50 € + 50 € - - - + 92 € / an / bénéficiaire	60 % BR + 225 € 60 % BR + 225 € Frais réels Frais réels Frais réels 0 % à 100 % BR + 192 € / an / bénéficiaire
DENTAIRE						
SOINS						
DENTAIRE	Soins	70 % BR	30 % BR	0 % BR	100 % BR 100 % santé	100 % BR 100 % santé
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽⁹⁾					
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽⁹⁾					
	- Prothèses fixes ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	- Inlay-Core ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
	- Prothèses transitoires ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	70 % BR	30 % BR	25 % BR	125 % BR	125 % BR
	- Prothèses amovibles ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres					
	- Prothèses fixes ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	- Inlay-Core ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
	- Prothèses transitoires ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	70 % BR	30 % BR	25 % BR	125 % BR	125 % BR

AUTRES	- Prothèses amovibles ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire 214 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire 214 € / an / bénéficiaire
	Prothèses dentaires non remboursées			-	-		
	Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100 % BR	0 % ou 30 % BR	200 % BR	300% BR	+ 50 % BR	350% BR
	Orthodontie refusée par le régime obligatoire			-	-	397 € / an / bénéficiaire	397 € / an / bénéficiaire
AUTRES							
AUTRES	Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie ⁽¹¹⁾	30 € / séance limité à 3 séances par an		30 € / séance limité à 3 séances par an		+ 1 séance par an	30 € / séance limité à 4 séances par an
	Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire 35% ou 70% BR		0 € à 150 € / an / bénéficiaire 100%			0 € à 150 € / an / bénéficiaire
	Actes de prévention ⁽¹²⁾	30 % ou 65 % BR		100%			100%

- (1) Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :
- o Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
 - o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;
 - o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.
- (2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- (3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.
- Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
- (4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
- (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
- (6) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- (7) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).
- (8) - Verres simples :
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.
- Verres complexes :
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,
 Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(9) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(10) Plafond commun

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:

- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- ateliers thérapeutiques,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de la mutuelle:

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),
- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle

Le tableau de l'article 1.1.2 « Salariés relevant du régime local de la MSA et de la sécurité sociale » est supprimé et remplacé par le tableau suivant :

Prestations en vigueur au 01/01/2020 Régime local	SOINS COURANTS					Régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement au titre du régime conventionnel		REMBOURSEMENT TOTAL au titre du RO + du régime conventionnel	Remboursement au titre du régime optionnel Dépassements d'honoraires	REMBOURSEMENT TOTAL au titre des RO + régime conventionnel + régime optionnel
SOINS COURANTS											
HONORAIRES MEDICAUX											
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX	Consultations, visites généralistes	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	- Autres praticiens	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
					90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR	
		Consultations, visites spécialistes	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	- Autres praticiens	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
					90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR	
		Actes techniques médicaux et d'échographie	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	- Autres praticiens	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
					90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR	
	Actes de sages-femmes	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	- Autres praticiens	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
					90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR	
			Actes de sages-femmes		90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR	
			ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	Analyses et examens de laboratoire	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR

	HONORAIRES PARAMEDICAUX Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
	MEDICAMENTS						
	Service Médical Rendu Important	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	Service Médical Rendu Modéré	80 % BR	20 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	Service Médical Rendu Faible	15 % BR	85 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	MATERIEL MEDICAL						
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
AIDES AUDITIVES							
AIDES AUDITIVES	Prothèse auditive remboursable (1)						
	- Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini règlementairement</i>) (2)(3)				100 % santé		100 % santé
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II) (3)	90 % BR	10 % BR	200 % BR	300% BR	-	300% BR
	Entretien, fournitures et accessoires	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100% BR
CURE THERMALE							
ACCEPTÉE PAR L'AMO							
CURE THERMALE	Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	90 % BR	10 % BR	160 % BR	260 % BR	-	260 % BR
HOSPITALISATION							
MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE							

DENTAIRE	Frais de séjour	100 % BR	0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Forfait actes lourds						Frais réels
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique						Frais réels
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	0 % BR		155 % BR		255 % BR
	- Autres praticiens	100 % BR	0 % BR		100 % BR		200 % BR
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	0 % BR				100 % BR
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	-			25 € / jour	+ 14 € / jour	39 € / jour
	Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾	-			25 € / jour	+ 14 € / jour	39 € / jour
	Maternité (dans la limite des frais engagés)						1/3 PMSS
							1/3 PMSS
OPTIQUE							
OPTIQUE	Equipement 100 % santé (Classe A - tel que défini réglementairement) ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾						100 % santé
	Monture + verres						
	Equipement à tarifs libres (Classe B) ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾						
	Monture	90 % BR	90 % BR + 100 €	100 €			100 €
	Verre simple	90 % BR	100 €			+ 30 €	90 % BR + 130 €
	Verre complexe	90 % BR	175 €			+ 50 €	90 % BR + 225 €
	Verre très complexe	90 % BR	175 €			+ 50 €	90 % BR + 225 €
	Adaptation de la correction visuelle	90 % BR				-	Frais réels
	Verres avec filtre	90 % BR	10 % BR		Frais réels	-	Frais réels
	Autres suppléments (prisme, système antipétos, verres iséconiques)	90 % BR	10 % BR		Frais réels	-	Frais réels
DENTAIRE	Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % ou 90 % BR	100 % ou 10 % BR	100 € / an / bénéficiaire		+ 92 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 192 € / an / bénéficiaire
	DENTAIRE						
	SOINS						
	Soins	90 % BR	10 % BR	0 % BR		-	100 % BR
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽⁹⁾					-	100 % santé

	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽⁹⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	- Prothèses fixes ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	125 % BR	125 % BR	-	125 % BR
	- Inlay-Core ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	- Prothèses transitoires ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	25 % BR	125 % BR	-	125 % BR
	- Inlay onlay	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	- Prothèses amovibles ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR				
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres						
	- Prothèses fixes ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	- Inlay-Core ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	125 % BR	125 % BR	-	125 % BR
	- Prothèses transitoires ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	90 % BR	10 % BR	25 % BR	125 % BR	-	125 % BR
	- Prothèses amovibles ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
	Prothèses dentaires non remboursées						
	Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	90 % BR	10 % BR	200 % BR	300 % BR	+ 50 % BR	350 % BR
	Orthodontie refusée par le régime obligatoire					397 € / an / bénéficiaire	397 € / an / bénéficiaire
	AUTRES						
	Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie ⁽¹¹⁾	30 € / séance limité à 3 séances par an	30 € / séance limité à 3 séances par an	30 € / séance limité à 3 séances par an	30 € / séance limité à 3 séances par an	+ 1 séance par an	30 € / séance limité à 4 séances par an
	Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire					0 € à 150 € / an / bénéficiaire
	Actes de prévention ⁽¹²⁾	90 % BR	10 % BR				100%
	AUTRES						

- (1) Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :
- o Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
 - o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;
 - o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.
- (2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- (3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.
Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
- (4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
- (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
- (6) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- (7) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).
- (8) - Verres simples :
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.
- Verres complexes :
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.
- Verres très complexes :
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.
- (9) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(10) Plafond commun

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:
- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:

- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- ateliers thérapeutiques,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de la mutuelle:

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),
- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle

Article 2 | Date d'effet. Dépôt. Extension

Le présent avenant prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Il est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Les partenaires sociaux demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 19 septembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Convention collective

IDCC : 8526 | **ARBORICULTURE FRUITIÈRE**
(Côtes-d'Armor, Deux-Sèvres, Ile-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Morbihan, Sarthe et Vendée)
(8 avril 2003)

(Étendue par arrêté du 15 juillet 2003,
Journal officiel du 5 août 2003)

Avenant n° 6 du 9 janvier 2020

NOR : AGRS2097090M

IDCC : 8526

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération régionale des producteurs de fruits de l'Ouest,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire CFDT ;

Fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FO

Fédération CFTC-Agri ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant a pour objet l'intégration du principe de solidarité.

Par ailleurs, il est précisé qu'en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1^{er}

L'article 7 est rajouté :

« Article 7 | *Principe de solidarité*

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, selon les mêmes modalités que l'accord national du 10 juin 2008.

Le présent accord interprofessionnel s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation au fonds de solidarité institué au niveau national, tel que prévu à l'article 6.3.4 de l'accord national du 10 juin 2008. »

Article 2 | *Entrée en vigueur*

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} jour du trimestre civil suivant la publication de son arrêté d'extension.

Article 3 | *Dépôt et extension*

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé à la DIRECCTE des Pays de la Loire, 12, rue Papiau-de-la-Verrie, 49036 Angers Cedex 01.

Fait à Angers, le 9 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Avenant n° 97 du 5 novembre 2019

relatif aux dispositions de l'avenant n° 89 du 15 octobre 2015
sur le régime de complémentaire santé

NOR : AGRS2097102M

IDCC : 7012

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

GHN,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC-Agri ;

FGA CFDT ;

SNCEA CFE-CGC ;

FGTA FO ;

CGT FNAF,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant adapte à effet du 1^{er} janvier 2020, les dispositions de l'avenant n° 89 du 15 octobre 2015 relatif au régime de complémentaire santé au regard des dispositions du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés et du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable »).

Article 1^{er} | Tableau des garanties

Les dispositions de l'article 5.1 de l'avenant n° 89 du 15 octobre 2015 relatives au tableau des garanties sont supprimées et modifiées comme suit :

« Les garanties résumées en annexe sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L. 871-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en cas de modification de ces textes.

Les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes appartenant au dispositif dit « 100 % santé ».

Le dispositif dit « 100 % santé » correspond à l'ensemble des actes faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par le régime obligatoire et le régime complémentaire santé, sous réserve du respect par les professionnels de santé des prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par arrêté ; le but étant de rendre ces équipements accessibles sans reste à charge.

Les actes appartenant au dispositif dit « Hors 100 % santé » font l'objet d'un éventuel reste à charge après intervention du régime obligatoire et du régime complémentaire santé. Il s'agit des dispositifs dits à « tarif maîtrisé », (comportant des honoraires limites de facturation en matière de garantie dentaire) ou à « tarif libre » (en matière de garanties optique, dentaire et aides auditives).

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « en complément des prestations versées par le régime obligatoire (RO) ».

Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.


Les garanties exprimées avec une limitation « par an et par bénéficiaire » sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des garanties.



Dans tous les cas, le total des remboursements ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Article 2 | Annexe

L'annexe de l'avenant n° 89 du 15 octobre 2015 est supprimée et modifiée comme suit :

(Voir page suivante.)

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS			
	GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES		GARANTIES OPTIONNELLES	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		/	
Frais de séjour	200 % BR		/	
Honoraires (consultations et actes)	200 % BR	100 % BR	/	/
Chambre particulière non remboursés par le RO				
- Hors ambulatoire	50 € par jour		/	
- En ambulatoire	20 € par jour		/	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans ou d'un ascendant non remboursés par le RO</u>	30 € par jour		/	
SOINS COURANTS (y compris maternité)				
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux	100 % TM		/	
- Consultations et visites de généraliste				
- Consultations et visites de spécialiste	80 % BR	60 % BR	+ 70 % BR	+ 40 % BR
- Actes techniques médicaux	80 % BR	60 % BR	/	/
- Actes d'imagerie médicale	100 % TM		/	
Honoraires paramédicaux	100 % TM		/	
Analyses et examens de laboratoire	100 % TM		/	
Médicaments				
- Médicaments remboursés par le RO	100 % TM		/	
Matériel médical (hors aides auditives)				
- Grand appareillage (3)	100 % BR		/	
- Prothèses orthopédiques et autres prothèses	150 % BR		/	
AIDES AUDITIVES				
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée (1)				
Equipement « 100% SANTE » *	 A compter du 01/01/2021 : 100% FR *			
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *				
Jusqu'au 31/12/2020 :	500 € par oreille appareillée, minimum 100% TM		/	
A compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre *:	500 € par oreille appareillée, minimum 100% TM limité à 1700€ par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO,		/	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	150 % BR		/	

OPTIQUE		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions réglementaires. (3)		
Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées (1)		
Équipement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		100% FR *
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *		
- Monture : <u>Bénéficiaire de 16 ans ou plus</u>	80 € par monture	/
<u>Bénéficiaire de moins de 16 ans</u>	60 € par monture	/
- Verre <u>Bénéficiaire de 16 ans ou plus</u>		
Par verre simple	92 €	
Par verre complexe	172 €	+ 34 €
Par verre hypercomplexe	207 €	+ 34 €
<u>Bénéficiaire de moins de 16 ans</u>		
Par verre simple	86 €	/
Par verre complexe	103 €	/
Par verre hypercomplexe	103 €	/
- Prestations d'adaptation	100 % TM	/
- Appairage des verres	100 % TM	/
Lentilles correctrices		
- Remboursées ou non par le RO (y compris lentilles jetables)	100 € par an et par bénéficiaire	/
Autres prestations optiques		
- Chirurgie de l'œil par laser	Néant	+ 400 € par œil
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)		100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *		
- Soins dentaires	100 % TM	/
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	60 % BR	/
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *		
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	270 % BR	+ 130 % BR
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	80 % BR	/
Orthodontie		
- Remboursée par le RO	130 % BR	+ 150 % BR
- Non remboursée par le RO	Néant	+ 100 % BRR
AUTRES GARANTIES		
Transport	100 % TM	/
Natalité (3)		
- Forfait maternité : naissance / adoption	Néant	+ 10 % PMSS, doublé en cas de naissance multiple
Cure thermique (3)		
- Remboursée par le RO	Néant	+ 10 % PMSS par an et par bénéficiaire
Médecine douce (3)		
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	15 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire	+ 15 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage		
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % TM	/

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité de cet organisme est appliqué.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3377 € pour 2019)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

RSS : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur. Différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par l'organisme complémentaire

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Article 3 | Entreprises de moins de 50 salariés

La situation des TPE/PME a été examinée dans le cadre de cette négociation. S'agissant d'un accord améliorant le régime de santé dont relève l'ensemble des entreprises de la branche, quel que soit leur nombre de salariés, il n'a pas été jugé utile et opportun de définir des stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Aussi, dans le cadre la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent accord ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 4 | Révision

Le présent accord peut être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 5 | Date d'application

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 et ce pour une durée indéterminée.

Article 6 | Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

Fait à Vincennes, le 5 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Convention collective

IDCC : **8733** | **ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
ET CUMA**

(Tarn et Haute-Garonne)

(11 décembre 1987)

(Étendue par arrêté du 15 mars 1988,

Journal officiel du 24 mars 1988)

Avenant n° 75 du 14 janvier 2020

NOR : AGRS2097097M

IDCC : 8733

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires du Tarn ;

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires de la Haute-Garonne ;

**Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole
du Tarn ;**

**Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole
de la Haute-Garonne,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT ;

Fédération générale agroalimentaire et forestière CGT Tarn ;

Fédération générale agroalimentaire et forestière CGT Haute-Garonne ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC Tarn ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC Haute-Garonne,

Fédération CFTC-Agri

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Ayant pris acte de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'adapter les montants des prestations complémentaires santé concernées du régime conventionnel obligatoire et ses garanties de complémentaire santé instaurées par l'accord du 3 juillet 2009.

Article 1^{er}

Les dispositions du tableau de garanties intégré au sein de l'annexe II de la convention collective du 11 décembre 1987 sont modifiées comme suit :

		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)
		Socle conventionnel (incluant les remboursements du régime général MSA)
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS	
	HONORAIRES MEDICAUX	
	Consultations, visites généralistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Consultations, visites spécialistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes de sages-femmes	100% BR
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX	
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100% BR
	MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR
	MATERIEL MEDICAL	
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% BR
	Achat véhicule pour personne handicapée physique	100% BR
	TRANSPORT SANITAIRE	
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR

AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES	
	Prothèse auditive remboursable - Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) (2)(3) - Equipement à tarifs Libres (Classe II) (2)(3) Piles	100 % santé 100% BR + forfait de 500 € (dans la limite de 1700€ au 01/01/2021) 100% BR
	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO	
CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO	Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100% BR
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION	
	MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE	
	Frais de séjour	100% BR
	Forfait acte lourd	Frais réels
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	255% BR
	- Autres praticiens (1)	200% BR
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	40 € / jour
OPTIQUE	Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾	25 €/jour
	Maternité	1/3 PMSS
	OPTIQUE	
	Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>) (6)(7)(8)	
	Monture + verres	100 % santé
	Equipement à tarifs libres (Classe B) (6) (7) (8) (9)	
	Monture seule (enfant)	100 €
	Monture seule (adulte)	40 €
	Verre simple	60% BR + 100 €/verre
	Verre complexe	60% BR + 175€/verre
	Verre très complexe	60% BR + 175€/verre
	Adaptation de la correction visuelle	100% FR
	Verres avec filtre	100% FR
	Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR
	Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire

DENTAIRE	DENTAIRE	
	SOINS	
	Soins	100% BR
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10)	100 % santé
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (10)	
	- Prothèses fixes (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	- Inlay-Core	125%
	- Prothèses transitoires (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	125%
	- Prothèses amovibles (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres	
	- Prothèses fixes (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	- Inlay-core	125%
	- Prothèses transitoires (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	125%
	- Prothèses amovibles (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	250% BR
AUTRES	AUTRES	
	Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie (12)	30 € / séance limité à 1 séance par an
	SUBSTITUTS NICOTINIQUES (hors et sur prescriptions médicales)	Forfait de 150 € (y compris le remboursement SS)
	Actes de prévention (13)	100% BR
	Assistance	Oui

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés)

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Le PMSS est revalorisé au 1er janvier de chaque année par arrêté ministériel et son montant est disponible sous <http://www.pmss.fr/>

(1) dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les médecins de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions médicales mentionnées à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès au soins (CAS), les Options Tarifaires Maîtrisées (OPTAM-OPTAMCO)

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

o Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;

o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;

o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

- (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).
- (8) Comprend également les prestations d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre.
- (9) - Verres simples :
- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.
- Verres complexes :
- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.
- Verres très complexes :
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.
- (10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- (11) Plafond commun
- (12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.
- (13) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire

Article 2

Le présent avenant s'applique à compter du 1^{er} janvier 2020.

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 4

Un exemplaire du présent avenant sera remis à chaque partie signataire, et deux exemplaires seront déposés à l'unité départementale du Tarn de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi d'Occitanie.

Fait à Albi, le 14 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Convention collective

IDCC : **8733** | **ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
ET CUMA**

(Tarn et Haute-Garonne)

(11 décembre 1987)

(Étendue par arrêté du 15 mars 1988,

Journal officiel du 24 mars 1988)

Avenant n° 77 du 14 janvier 2020

NOR : AGRS2097098M

IDCC : 8733

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires du Tarn ;

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires de la Haute-Garonne ;

**Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole
du Tarn ;**

**Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole
de la Haute-Garonne,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT ;

Fédération générale agroalimentaire et forestière CGT Tarn ;

Fédération générale agroalimentaire et forestière CGT Haute-Garonne ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC Tarn ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC Haute-Garonne

Fédération CFTC-Agri,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 33 de la convention collective susvisée, intitulé : « Déplacements professionnels. – Rémunérations du temps de transport. – Remboursements de frais » est modifié comme suit :

« B. – Rémunérations du temps de trajet

(Voir page suivante.)

(En euros.)

Distance du siège de l'entreprise au chantier	Montant de l'indemnité de trajet
0 à 5 km	1,97
5 à 10 km	1,97
10 à 20 km	3,92
20 à 30 km	5,13
30 à 40 km	6,73
40 à 50 km	8,49
Au-delà de 50 km	11,32

(En euros.)

Distance du siège de l'entreprise au chantier	Remboursement des frais de transport
0 à 5 km	3,22
5 à 10 km	3,22
10 à 20 km	6,44
20 à 30 km	9,64
30 à 40 km	12,86
40 à 50 km	16,06
Au-delà de 50 km	17,14

Article 2

Le a « Remboursement de repas » du C « Remboursement de frais » est modifié comme suit :

« Une indemnité journalière forfaitaire de repas d'un montant de 12,00 € est allouée au salarié en déplacement ».

Article 3

Le présent avenant s'applique à compter du 1^{er} janvier 2020

Article 4

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 5

Un exemplaire du présent avenant sera remis à chaque partie signataire, et deux exemplaires seront déposés à l'unité départementale du Tarn de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi d'Occitanie.

Fait à Albi, le 14 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3617 | Convention collective nationale

IDCC : 7018 | ENTREPRISES DU PAYSAGE

Avenant n° 27 du 29 novembre 2019

NOR : AGRS2097093M

IDCC : 7018

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Union nationale des entreprises du paysage UNEP ;

Chambre nationale des artisans des travaux publics et du paysage CNATP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale de l'agroalimentaire FGA CFTD ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux conviennent de réviser la convention collective nationale du paysage pour tenir compte des évolutions législatives ou réglementaires récentes : la loi travail, les ordonnances « Macron », l'avenant n° 19 à l'accord de 1981 sur la durée du travail en agriculture. L'objectif des partenaires sociaux est de permettre aux entreprises et aux salariés du paysage de disposer de l'ensemble des textes applicables à la branche professionnelle dans le texte même de la convention collective.

Le présent avenant modifie les clauses générales, les dispositions particulières propres aux ouvriers et employés, les dispositions particulières propres aux techniciens et agents de maîtrise et les dispositions particulières propres aux cadres.

Concernant les dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés, le présent avenant ne comprend pas d'article relatif à des dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés. En effet, la branche du paysage comprenant majoritairement des structures de moins de 50 salariés, les dispositions ci-dessous énoncées tiennent déjà compte des spécificités de ces entreprises.

1.1. L'article 5 des dispositions communes est modifié comme suit :

« Sans préjudice de l'application des dispositions de l'article L. 2241-1 du code du travail relatif notamment à la périodicité de la négociation, la présente convention est révisable au gré des parties. Tout syndicat représentatif, signataire de la présente convention ou qui y a adhéré, qui introduit une demande de révision doit l'accompagner d'un projet de rédaction sur les points à réviser et l'adresser par lettre recommandée avec avis de réception :

- aux autres syndicats représentatifs de salariés et aux organisations patronales signataires ;
- à la DIRECCTE d'Île de France. »

1.2. L'article 6 des dispositions communes est modifié comme suit :

« Parallèlement à cette notification, la partie qui dénonce doit formaliser le dépôt de cette dénonciation auprès de la DIRECCTE d'Île de France où la convention a été déposée dans les conditions prévues par la loi en vigueur. »

1.3. L'article 7 « Validité des accords des dispositions communes » est modifié comme suit :

« Les partenaires sociaux affirment que les dispositions de la présente convention collective définissent les conditions planchers applicables à l'ensemble des entreprises du paysage sous réserve, que chaque article intègre la mention en préambule : "impossibilité d'accord d'entreprise avec conditions moins favorables"

Outre les thèmes définis à l'article L. 2253-1 du code du travail qui sont impératifs, le seul domaine pour lequel les partenaires sociaux donnent primauté à l'accord de branche (verrouillage facultatif) est la prime de travaux insalubres (cf. art. 9 des dispositions particulières propres aux ouvriers et employés). »

1.4. L'article 13 « Représentation du personnel » des dispositions communes est modifié comme suit :

« Le comité social et économique (CSE) doit être mis en place dans les entreprises d'au moins 11 salariés dans les conditions fixées aux articles L. 2311-2 et suivants du code du travail.

Une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) doit être créée dans les entreprises ou établissements distincts d'au moins 50 salariés. »

1.5. L'article 29 « Congés payés légaux » des dispositions communes est modifié comme suit :

« [...]

1. Durée des congés

En accord avec le CSE s'il existe, le décompte et l'acquisition des congés payés peut se faire en jours ouvrés.

La durée des congés est déterminée à raison de 2,5 jours ouvrables (ou 2,083 jours ouvrés) par mois de travail effectif, sans que la durée totale des congés puisse excéder 30 jours ouvrables (ou 25 jours ouvrés).

Lorsque le nombre de jours de congés, calculé conformément à ce qui précède, n'est pas un nombre entier, la durée des congés est portée au nombre entier immédiatement supérieur.

Pour la détermination des congés annuels, sont assimilés à des périodes de travail effectif :

- les périodes de congés payés de l'année précédente ;
- les périodes de repos des salariés en congé maternité, paternité ou d'adoption ;
- les périodes de suspension du contrat pour cause d'accident du travail (y compris la rechute de l'accident du travail) ou de maladie professionnelle, dans la limite de 1 an.

2. Période des congés

La période des congés qui comprend obligatoirement la période du 1^{er} mai au 31 octobre de chaque année, est fixée par l'employeur après consultation du CSE s'il existe.

Cette période de congés est portée à la connaissance du personnel au moins 2 mois avant son ouverture. »

1.6. L'article 31 « Congés pour événements familiaux » des dispositions communes est modifié comme suit :

« Tout salarié bénéficie, sur justificatif, d'un congé exceptionnel ainsi fixé, à l'occasion des événements familiaux suivants :

- mariage de l'intéressé : 4 jours ;
- Pacs de l'intéressé : 4 jours ;
- mariage d'un enfant : 2 jours ;
- décès d'un enfant : 5 jours ;
- décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un Pacs : 4 jours ;
- décès du père ou de la mère, d'un beau-père, d'une belle-mère, d'un frère, d'une sœur : 3 jours ;
- naissance d'un enfant ou arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption : 3 jours ;
- décès d'un grand-père, d'une grand-mère, d'un beau-frère ou d'une belle-sœur : 1 jour ;
- 2 jours pour l'annonce de la survenance d'un handicap chez l'enfant ;
- autorisations d'absence pour se rendre à 3 des examens médicaux obligatoires au maximum.

Pour le conjoint salarié de la femme enceinte ; ou la personne salariée liée à elle par un Pacs ; ou vivant maritalement avec elle, et pour le conjoint salarié de la femme bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation ou la personne salariée liée à elle par un Pacs ou vivant maritalement avec elle. (art. L. 1225-16 du code du travail).

Ces jours d'absence n'entraînent pas de réduction de la rémunération. Ils sont assimilés à des jours de travail effectif pour la détermination de la durée du congé annuel.

1.7. L'article 39 « Formation des membres des CSE ou CSSCT », si elle existe, des dispositions communes est modifié comme suit :

« Tout membre de la délégation du personnel au CSE ou CCCST, si elle existe, bénéficie de la formation nécessaire à l'exercice de sa mission en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail, dans des conditions déterminées par les articles R. 2315-9 et suivants du code du travail. »

1.8. L'article 9 des dispositions particulières propres aux ouvriers et employés « Prime de travaux insalubres », est modifié comme suit :

« Conformément à l'article L. 2253-2 du code du travail, cette prime ne pourra faire l'objet d'une dérogation par accord d'entreprise ou contrat de travail que dans un sens plus favorable au salarié.

[...] La liste des travaux visés ci-dessus n'est pas limitative.

Elle peut être complétée par accord collectif après consultation de la CSSCT ou des membres du CSE.

À défaut d'accord collectif, cette liste peut être complétée par l'employeur après consultation du personnel. »

1.9. L'article 10 des dispositions particulières propres aux ouvriers et employés ; l'article 9 des dispositions propres aux techniciens et agents de maîtrise et l'article 9 des dispositions particulières propres aux cadres « Indemnité de licenciement » sont modifiés comme suit :

« Une indemnité est accordée, en dehors du cas de faute grave ou lourde aux salariés licenciés et ayant au moins 8 mois d'ancienneté ininterrompue au service du même employeur.

Cette indemnité est fixée :

- 1/4 de mois de salaire par année d'ancienneté jusqu'à 10 ans ; auquel s'ajoute
- 1/3 de mois de salaire pour les années au-delà de 10 ans.

L'indemnité de licenciement prévue ne peut être inférieure à une somme calculée par année de service dans l'entreprise et tenant compte des mois de service accomplis au-delà des années pleines. En cas d'année incomplète, l'indemnité est calculée proportionnellement au nombre de mois complets.

Le salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité est 1/12 de la rémunération des 12 derniers mois précédant le licenciement, ou selon la formule la plus avantageuse pour l'intéressé, 1/3 des 3 derniers mois, étant entendu que, dans ce cas, toute prime ou gratification de caractère annuel ou exceptionnel, qui aurait été versée au salarié pendant cette période, ne serait prise en compte que pro rata temporis.

Cette indemnité de licenciement ne se cumule pas avec toute autre indemnité de même nature. »

1.10. Dispositions du contrat de chantier, article 2, des dispositions particulières propres aux ouvriers et employés, des dispositions propres aux techniciens et agents de maîtrise et des dispositions particulières propres aux cadres, est modifié comme suit :

« a) Définition

Le contrat dit "de chantier" représente l'obligation faite à l'employeur, quel que soit son effectif, de recruter les salariés nécessaires à la réalisation d'un travail, commandé par le client pour une durée qui ne peut pas être préalablement définie avec certitude excluant les travaux d'entretien.

Les activités concernées par le contrat de chantier sont celles fixées à l'article 1^{er} "Champ d'application" professionnel et territorial des clauses communes de la présente convention collective.

Le salarié doit être affecté au minimum pour les 80 % de son temps sur le chantier objet du contrat de chantier.

b) Information des salariés de chantier

Le contrat de travail dit "de chantier" est nécessairement un contrat de travail à durée indéterminée.

Afin d'assurer une complète information du salarié, le contrat de travail doit comporter d'une part, la mention "contrat de travail à durée indéterminée de chantier" et d'autre part, la mention du chantier en question et motiver son recours.

c) Rupture du contrat à l'issue du chantier

L'achèvement des tâches pour lesquelles le salarié a été engagé peut-être une cause réelle et sérieuse de licenciement, sans que cela puisse constituer un licenciement pour motif économique.

Il importe peu à cet égard que la durée de l'engagement soit inférieure à la durée du chantier ou au contraire que la durée estimée du chantier, mentionnée dans le contrat soit dépassée.

En cas de rupture du contrat motivée par la fin du chantier, le salarié perçoit, sans condition d'ancienneté, une indemnité de licenciement égale au double de l'indemnité légale de licenciement.

Il bénéficie d'une priorité de réembauchage pendant 6 mois à condition d'en faire état à l'employeur par lettre recommandée dans les 15 jours calendaires qui suivent la fin du contrat.

d) Rupture du contrat en cas de non-réalisation du chantier

Dans l'hypothèse où le chantier pour lequel un contrat de chantier a été conclu ne peut pas se réaliser alors que le contrat de travail a reçu un commencement d'exécution, il est expressément convenu que la non-réalisation du chantier s'analyse en une fin de chantier.

Dans cette situation, le salarié perçoit, sans condition d'ancienneté, une indemnité de licenciement égale à 1 % du salaire mensuel brut de base par semaine complète travaillée.

e) Garanties en termes de formation

Lorsque les possibilités de réemploi n'existent pas et qu'il est mis fin au contrat de travail des salariés à l'issue du chantier pour la réalisation duquel ils avaient été exclusivement embauchés, ces derniers pourront bénéficier d'un accès prioritaire aux formations proposées par OCAPIAT dans les limites qui seront fixées par les partenaires sociaux siégeant dans les instances.

Pour bénéficier d'un accès prioritaire aux formations proposées par OCAPIAT, les conditions suivantes devront être réunies par le demandeur :

- avoir été salarié pendant au moins 24 mois au cours de 36 derniers mois d'une entreprise à jour de ses cotisations à l'opérateur de compétences (OPCO) ;
- avoir conclu un contrat de travail à durée indéterminée de chantier dont la durée a été supérieure à 8 mois ;
- exprimer sa demande de bénéficier d'une formation d'une durée comprise entre 120 heures et 160 heures auprès de l'OPCO dans un délai de 3 mois à compter de la notification de son licenciement. »

1.11. L'article 6 des dispositions particulières propres aux ouvriers et employés et des dispositions particulières propres aux techniciens et agents de maîtrise, est modifié comme suit :

Est ajoutée, en préambule de l'article 6, la phrase suivante : « Il est impossible par accord d'entreprise de déroger, dans des conditions moins favorables, aux dispositions des articles 6.1 et 6.2 ».

1.12. Les articles 7 des dispositions particulières propres aux ouvriers et employés et des dispositions particulières propres aux techniciens et agents de maîtrise : Indemnisation pour grands déplacements, sont modifiés comme suit :

« a) Est réputé constituer un temps normal de trajet celui qui ne permet pas aux salariés de regagner leur domicile ou celui qui les éloigne de plus de 100 km et de moins de 150 km du siège, de l'agence ou du dépôt.

b) Les frais exposés par les salariés à l'occasion du déplacement sont remboursés par l'employeur sur présentation de justificatifs et en fonction des indications données par celui-ci pour les dépenses de logement et de nourriture. À défaut, le remboursement de ces frais est opéré sur une base forfaitaire égale par jour à la valeur de vingt fois le minimum garanti en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours.

c) Dans la limite du temps normal de trajet visé au a ci-dessus, les salariés perçoivent une contrepartie sous forme de repos, soit sous forme financière, déterminée par accord collectif d'entreprise ou à défaut, par décision unilatérale de l'employeur après consultation du CSE s'il existe.

Lorsque la contrepartie est versée sous forme financière, elle doit en tout état de cause être égale à au moins 6,5 fois le minimum garanti en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Lorsque la contrepartie est versée sous forme de repos, ce repos doit en tout état de cause être égal au moins à 2 heures et peut alimenter un compte épargne-temps.

Les contreparties visées ci-dessus s'entendent pour un grand déplacement aller/retour.

Au-delà du temps normal de trajet visé au a ci-dessus, les salariés sont en outre rémunérés pour le trajet restant comme s'il s'agissait d'un temps de travail.

L'appréciation, en durée, du temps normal de trajet de grand déplacement est déterminée par accord collectif d'entreprise ou à défaut par l'employeur après consultation du CSE s'il existe.

d) Pour les déplacements effectués à l'intérieur de la métropole, les salariés n'utilisant pas les moyens mis à leur disposition par l'employeur ont droit, une fois par semaine, au cours de leur repos hebdomadaire à un voyage aller et retour.

Ce voyage est remboursé par l'employeur sur présentation du justificatif correspondant et sur la base du tarif SNCF de seconde classe. »

1.13. Indemnité de départ à la retraite

L'article 11 des dispositions particulières aux cadres est modifié comme suit :

« Le salarié quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein a droit à une indemnité de départ en retraite fixée comme suit :

- 1/10 de mois par année d'ancienneté si le salarié compte entre 2 et moins de 5 ans d'ancienneté ;
- 1 mois de salaire si le salarié compte entre plus de 5 ans et moins de 10 ans d'ancienneté ;
- 1/10 de mois de salaire par année d'ancienneté, plus 1/15 au-delà de 10 ans d'ancienneté. »

Clauses concernant la durée de travail.

Un nouveau chapitre XV « Durée du travail » est ajouté.

2.1. Un article 53 « Heures de travail récupérables » est ajouté :

« Seules peuvent être récupérées les heures perdues par suite d’une interruption collective du travail résultant :

- de causes accidentelles, d’intempéries ou en cas de force majeure ;
- du chômage de 1 jour ou de 2 jours ouvrables compris entre un jour férié et un jour de repos hebdomadaire ou de 1 jour précédant les congés annuels.

Par intempéries, il faut entendre, les conditions atmosphériques telles que pluie, neige, gel (y compris barrière de dégel), canicule, vents violents, et les inondations rendant effectivement l’accomplissement du travail dangereux ou impossible, eu égard soit à la santé ou à la sécurité des salariés, soit à la nature ou à la technique du travail à accomplir.

La récupération ne peut concerner que les salariés présents lors de l’interruption.

Ces heures doivent être récupérées dans les 12 mois ou suivant l’événement justifiant la récupération. Il n’est pas possible de répartir les heures de récupération uniformément sur toute l’année.

Les heures récupérées ne rentrent pas dans le calcul hebdomadaire ou annuel des heures supplémentaires.

Le nombre d’heures de récupération ne peut excéder 8 heures par semaine.

Les heures non travaillées par suite d’une interruption collective telle que définie ci-dessus ne peuvent donner lieu à aucune retenue salariale.

En cas d’intempéries de caractère exceptionnel ayant fait l’objet d’une “alerte météo”, le salarié non informé par l’employeur ayant néanmoins fait le déplacement jusqu’à l’entreprise, le dépôt ou le chantier bénéficie d’une indemnité forfaitaire de petit déplacement de zone 2. »

2.2. Un article 54 « Heures supplémentaires » est ajouté :

« Les heures supplémentaires sont celles effectuées au-delà de la durée légale du travail effectif soit à ce jour 35 heures par semaine.

À défaut d’accord d’entreprise ou d’établissement, chacune des 8 premières heures supplémentaires donne lieu à une majoration ou à un repos compensateur équivalent calculés conformément aux dispositions légales en vigueur soit à ce jour de 25 % et les heures suivantes de 50 % . »

2.3. Un article 55 « Heures supplémentaires remplacées par un repos compensateur » est ajouté :

« Après consultation de chacun des salariés concernés, le paiement des heures supplémentaires peut être remplacé pour tout ou partie par un repos payé 1 heure et 15 minutes (1,25 heure) pour chacune des 8 premières heures supplémentaires, et de 1 heure et 30 minutes (1,5 heure) pour chacune des heures supplémentaires suivantes.

L’employeur enregistre sur un document prévu à cet effet le nombre d’heures de repos compensateur de remplacement porté au crédit de chaque salarié.

Une copie de ce document est remise à chaque salarié en même temps que la paie.

Les heures de repos compensateur sont prises par journée ou par demi-journée dans les délais et selon les modalités convenues par accord entre l'employeur et le salarié. En l'absence d'accord, le droit au repos compensateur est réputé ouvert dès lors que la durée de ce repos atteint 7 heures, et le repos doit obligatoirement être pris dans un délai maximum de 6 mois suivant l'ouverture du droit. Ce repos compensateur de remplacement pourra notamment être pris plusieurs jours d'affilés ou pourra être accolé à d'autres congés après accord de l'employeur.

Il pourra également abonder un CET.

Dans ce cas, l'ouverture du droit et le délai dans lequel le repos doit être pris doivent être mentionnés sur le document susvisé. »

2.4. Un article 56 « Contingent annuel d'heures supplémentaires » est ajouté :

« Le contingent annuel d'heures supplémentaires est fixé à 350 heures par salarié et se calcule par année civile.

Pour les salariés soumis à l'annualisation du temps de travail, le contingent annuel d'heures supplémentaires est fixé conformément à l'article 57.2 ci-après.

Les heures supplémentaires effectuées au-delà du contingent de 350 heures ouvrent droit à une contrepartie obligatoire sous forme de repos fixé à 50 % des heures supplémentaires accomplies au-delà du contingent annuel pour les entreprises de 20 salariés au plus et à 100 % de ces mêmes heures pour les entreprises de plus de 20 salariés.

Les droits à repos compensateur acquis au cours d'une période annuelle sont pris, au cours de la période annuelle suivante, par journée ou demi-journée, aux dates convenues par accord entre l'employeur et le salarié.

En l'absence d'accord, la demande du bénéfice du repos compensateur doit être formulée par le salarié au moins 10 jours à l'avance.

Dans les 5 jours qui suivent la réception de la demande, l'employeur doit faire connaître à l'intéressé soit son accord, soit les raisons relevant d'impératifs liés au fonctionnement de l'entreprise ou l'exploitation, qui motivent le report de la demande.

Dans ce dernier cas, l'employeur doit proposer au salarié une autre date à l'intérieur d'un délai de 6 mois. »

2.5. Un article 57 « Annualisation du temps de travail » est ajouté :

« Article 57.1 | *Champ d'application*

Le présent accord s'applique aux salariés à temps complet des entreprises relevant de la convention collective des entreprises du paysage.

Les salariés doivent être liés par un contrat de travail à durée indéterminée, par un contrat à durée déterminée quel qu'en soit le motif, ou mis à disposition par une entreprise de travail temporaire.

Article 57.2 | *Principe de l'annualisation*

La durée légale hebdomadaire de travail de 35 heures peut être modulée dans le cadre d'une période de 12 mois consécutifs maximum.

Il est convenu d'appeler "heures de modulation" les heures de travail effectuées au-delà d'une durée hebdomadaire de 35 heures et "heures de compensation" les heures de repos prises en compensation des heures de modulation et conduisant à un horaire hebdomadaire de travail inférieur à 35 heures.

Le nombre d'heures de modulation susceptibles d'être effectuées au cours d'une même semaine n'est limité que par les dispositions législatives, réglementaires

et conventionnelles relatives à la durée maximale quotidienne et hebdomadaire. Le contingent annuel maximal d'heures supplémentaire hors modulation est fixé à 250 heures.

Le nombre d'heures de compensation susceptibles d'être programmées au cours d'une même semaine n'est pas limité et peut donc conduire soit à une réduction de la durée journalière de travail, (sans aller en deçà de 1/2 journée), soit à la programmation de 1 ou de plusieurs journées complètes de compensation.

La durée annuelle de référence est de 1 600 heures auxquelles il convient éventuellement d'ajouter 7 heures au titre du jour de solidarité.

En cas d'entrée ou de sortie en cours d'année, le calcul de la durée de référence s'effectuera sur la base de 1 607 heures, proportionnelle à la durée de présence.

Article 57.3 | Mise en œuvre de l'annualisation

Tout employeur relevant du champ d'application de la présente convention collective peut mettre en œuvre l'annualisation du temps de travail dans les conditions fixées au présent accord.

La mise en œuvre de l'annualisation, peut se faire par accord d'entreprise ou à défaut après consultation des membres du CSE s'il existe.

À défaut de représentants du personnel, l'annualisation est mise en place unilatéralement par l'employeur.

En tout état de cause, la décision doit être portée à la connaissance du personnel par tout moyen (affichage, note, courrier individuel,...) 1 mois avant le début de la période d'annualisation.

Si, au titre d'une période d'annualisation ultérieure, l'employeur décide d'opter pour une autre formule ou d'y renoncer, le personnel est consulté et informé dans les mêmes formes et délais.

L'annualisation doit s'appliquer à l'horaire de travail d'une collectivité de salariés précisément définie et soumise à un même horaire de travail, quelle que soit la nature ou la durée des contrats de travail (salariés d'une entreprise, d'un établissement, d'un atelier, d'un service, d'une équipe...) étant entendu que plusieurs formules de modulation peuvent coexister au sein de la même entreprise.

Article 57.4 | Programmation indicative de l'annualisation

Article 57.4.1 | Formalisme

Avant le début de la période d'annualisation, l'employeur établit pour la collectivité de salariés concernés un programme indiquant l'horaire indicatif correspondant aux travaux à réaliser pendant la période considérée. Ce programme peut être modifié en cours d'annualisation.

Ce programme doit préciser les points suivants :

- la collectivité de salariés concernés ;
- la période d'annualisation retenue, qui ne peut être supérieure à 12 mois consécutifs ;
- les périodes de grande activité, pendant lesquelles l'horaire de travail est supérieur à la durée hebdomadaire de 35 heures ;
- les périodes d'activité réduite ou nulle, pendant lesquelles l'horaire de travail est inférieur à la durée hebdomadaire de 35 heures ;
- les périodes pendant lesquelles l'horaire est égal à la durée hebdomadaire de 35 heures ;
- l'horaire indicatif correspondant à chacune de ces périodes.

Le programme indicatif d'annualisation est soumis à la consultation des représentants des salariés le cas échéant et est porté à la connaissance du personnel par tout moyen (affichage, note, courrier individuel...) au moins 2 semaines à l'avance. Un exemplaire du document affiché est transmis à l'inspecteur du travail.

La période d'annualisation peut être fixée en concordance avec la période de référence pour l'acquisition des congés payés.

Un exemplaire du document affiché est transmis à la DIRECCTE territorialement compétente pour information.

Article 57.4.2 | *Modification du programme d'annualisation*

En cas de modification du programme en cours d'annualisation, l'employeur devra consulter le CSE s'il existe.

À défaut de représentants du personnel, le programme indicatif d'annualisation est modifié unilatéralement par l'employeur.

Le projet de modification du programme est porté à la connaissance du personnel par tout moyen (affichage, note, courrier individuel...) au moins 2 semaines à l'avance, sauf cas de force majeure, notamment imprévus de production ou commerciaux et en cas de survenance de circonstances justifiant la réduction de l'horaire ou l'interruption collective du travail, lorsque les heures ainsi perdues sont susceptibles d'être récupérées ou de faire l'objet d'une demande d'admission au titre du chômage partiel.

Une copie du document affiché est transmise à la DIRECCTE territorialement compétente pour information.

Il est précisé que lorsqu'un ou plusieurs salariés sont conduits à travailler exceptionnellement selon un horaire différent de l'horaire programmé, il ne s'agit pas d'une modification du programme applicable à la collectivité des salariés concernés par l'annualisation. La procédure prévue à l'alinéa précédent n'est donc applicable que si la modification concerne la collectivité des salariés. »

2.6. Un article 58 « Compte individuel de compensation » est ajouté :

« L'employeur doit pour chaque salarié concerné par l'annualisation de la durée du travail tenir un compte individuel de compensation sur lequel l'employeur enregistre :

- l'horaire programmé pour la semaine ;
- le nombre d'heures de travail réellement effectuées par les salariés au cours de la semaine ;
- le nombre d'heures correspondant à des absences indemnisées ou non indemnisées programmées ou non programmées.

L'état du compte individuel de compensation est retranscrit tous les mois sur le bulletin de paie ou un document annexé au bulletin de paie.

En fin de période d'annualisation, ou à la date de la rupture du contrat de travail intervenue en cours de période d'annualisation, l'employeur clôt le compte individuel de compensation et remet à chaque salarié concerné un document récapitulant l'ensemble de ses droits.

Article 58.1 | *Compte faisant apparaître des heures de modulation*

S'il apparaît en fin de période d'annualisation ou à la date de la rupture du contrat de travail que le nombre d'heures de "modulation" effectuées est supérieur au nombre d'heures de "compensation" prises, il s'agit d'heures hors modulation qui seront rémunérées avec le dernier salaire mensuel de la période à raison de 1/151,67 du salaire mensualisé lissé majoré de 25 %.

Cependant, ces heures peuvent en tout ou en partie ne pas faire l'objet d'une rémunération à la fin de la période si elles sont reportées sur la période annuelle suivante sous forme de repos compensateur. Dans cette hypothèse, chaque heure reportée ouvre droit à 1 heure et 15 minutes de repos compensateur payé.

Par dérogation au paiement annuel des heures supplémentaires, l'employeur pourra, par accord d'entreprise ou après consultation du CSE s'il existe, régler à titre d'avance tout ou partie des heures hors modulation.

Article 58.2 | *Compte faisant apparaître des heures de compensation*

S'il apparaît au contraire que le nombre d'heures de compensation prises est supérieur au nombre d'heures de modulation effectuées, le compteur négatif est reporté sur la période annuelle suivante.

En cas de rupture du contrat de travail en cours de période d'annualisation pour un motif autre que le licenciement pour motif économique, le salarié devra restituer la rémunération perçue au titre de ces heures de compensation. Le montant à restituer sera déduit de la dernière paie.

Pour les salariés entrés en cours de période d'annualisation (période basse), le compteur négatif est reporté sur la période annuelle suivante dans la limite de 10 % des heures payées et plafonné à 60 heures. »

2.7. Un article 59 « Rémunération en cas d'annualisation » est ajouté :

« La rémunération mensualisée des salariés concernés par l'annualisation est indépendante de l'horaire réel de travail et est lissée sur la base de 151,67 heures par mois.

En cas d'absence ne donnant pas lieu à maintien du salaire par l'employeur, la déduction à opérer sur la rémunération mensuelle lissée est fonction du nombre d'heures d'absence calculé par rapport à l'horaire programmé.

La déduction est égale, par heure d'absence, à 1/151,67 de la rémunération mensuelle lissée. Lorsque l'absence porte sur plus de 151,67 heures au titre d'un même mois, une déduction supplémentaire est effectuée sur la rémunération du mois suivant. »

2.8. Un article 60 « Conditions de prise en compte des absences pour maladie ou accident » est ajouté :

« Conditions de prise en compte des absences pour maladie ou accident quelle qu'en soit l'origine dans le compte de compensation.

Dans la mesure où :

- les absences notamment pour cause de maladie ou accident, quelle qu'en soit l'origine, ne sont pas assimilées à du temps de travail effectif pour le calcul du seuil de déclenchement des heures supplémentaires ;
- les salariés absents ne peuvent se voir conférer des avantages supérieurs à ceux non absents ;
- les salariés absents ne peuvent se faire priver des heures supplémentaires qu'ils ont pu effectuer

Il est convenu de décompter comme suit la durée des absences pour cause de maladie ou accident, quelle qu'en soit l'origine.

Toute absence en période haute sera décomptée sur la base de la durée hebdomadaire moyenne de 35 heures.

Toute absence en période basse sera décomptée sur la base de la durée hebdomadaire programmée. »

2.9. Un article 61 « Annualisation et activité partielle » est ajouté :

« En cas de survenance de circonstances rendant impossible le respect de l'horaire programmé, l'employeur peut utiliser le dispositif de l'activité partielle.

Dans cette hypothèse, l'employeur adresse une demande d'autorisation de mise en activité partielle, préalablement à sa mise en œuvre, à la DIRECCTE du lieu de l'établissement concerné.

Ces heures perdues non récupérables seront indemnisées dans les conditions légales et réglementaires en vigueur. »

2.10. Un article 62 « Repos hebdomadaire et repos quotidien » est ajouté

« Article 62.1 | *Le repos dominical hebdomadaire*

Chaque semaine, le salarié a droit un repos, à prendre le dimanche, d'une durée minimale de 24 heures consécutives.

À ces 24 heures consécutives de repos hebdomadaire, il doit être ajouté les heures consécutives de repos quotidien fixé à l'article 62.2.

Le repos dominical hebdomadaire peut être suspendu neuf fois au maximum par an en cas de circonstances exceptionnelles sous réserve que les intéressés bénéficient d'un repos d'une durée égale au repos supprimé et après information de l'autorité administrative compétente, et après consultation du CSE s'il existe.

Le salarié dont le repos dominical hebdomadaire aura été suspendu bénéficiera d'un repos équivalent dans les 6 jours ouvrables suivants.

Par circonstances exceptionnelles, il est visé notamment :

- l'exécution de l'ensemble des opérations liées aux intempéries ;
- l'entretien des terrains de golfs et de sports au moment de compétitions nationales ou internationales ;
- pour les activités relevant du paysagisme d'intérieur, les prestations réalisées dans le cadre des salons, foires ou expositions.

Article 62.2 | *Repos quotidien*

Tout salarié bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11 heures consécutives. »

2.11. Un article 63 « Définition de la durée du travail effectif » est ajouté :

« La durée du travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et se conforme à ses directives, sans pouvoir vaquer librement à ses occupations personnelles. »

2.12. Un article 64 « Présences ne constituant pas du travail effectif » est ajouté :

« Même lorsqu'ils font l'objet d'une rémunération en application de dispositions contractuelles ou conformément aux usages, ne sont pas considérés comme travail effectif :

- le temps nécessaire à la restauration et les temps consacrés aux pauses ;
- le temps nécessaire à l'habillage et au déshabillage.

Toutefois, lorsque le port d'une tenue est imposé par le règlement intérieur ou le contrat de travail et que l'habillage et le déshabillage doivent obligatoirement être réalisés sur le lieu de travail, ce temps doit faire l'objet de contreparties sous forme de repos ou sous forme financière.

Ces contreparties sont fixées par accord d'entreprise ou à défaut par l'employeur après consultation du CSE s'il existe.

À défaut de représentants du personnel, ces contreparties sont fixées unilatéralement par l'employeur. »

2.13. Un article 65 « Astreintes » est ajouté :

« Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle le salarié, sans être sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de l'employeur, doit être en mesure d'intervenir pour accomplir un travail au service de l'entreprise.

Ces astreintes sont mises en place par accords d'entreprise ou d'établissement qui en fixent le mode d'organisation.

À défaut de conclusion d'un accord, les conditions dans lesquelles les astreintes sont organisées sont fixées par l'employeur après information et consultation du CSE s'il existe ; et après information de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ;

En l'absence de représentants du personnel, les conditions dans lesquelles les astreintes sont organisées sont fixées par l'employeur après information de la DIRECCTE territorialement compétente.

À défaut de stipulations contractuelles plus favorables, les périodes d'astreintes ouvrent droit au versement d'une indemnité forfaitaire dont le montant est égal à une fois le minimum garanti par nuit d'astreinte et à deux fois le minimum garanti par période de 24 heures consécutives d'astreinte.

Ces indemnités forfaitaires ont la nature d'un salaire.

La durée de l'intervention du salarié est du travail effectif.

Le temps de déplacement accompli lors des périodes d'astreinte fait partie intégrante de l'intervention immédiate et constitue un temps de travail effectif.

La programmation individuelle des périodes d'astreinte doit être portée à la connaissance de chaque salarié concerné 15 jours calendaires à l'avance.

En cas de circonstances exceptionnelles consécutives à des alertes météo, le salarié doit être averti au moins 1 jour franc à l'avance.

En fin de mois, l'employeur doit remettre à chaque salarié concerné un document récapitulant le nombre d'heures d'astreinte effectuées par celui-ci au cours du mois écoulé ainsi que la compensation correspondante. Ce document, qui est tenu à la disposition de la DIRECCTE territorialement compétente, est conservé pendant une durée de 1 an. »

Article 3 | Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le jour suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Article 4 | Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Paris, le 29 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Convention collective nationale

IDCC : 7517 | **INGÉNIEURS ET CADRES D'EXPLOITATIONS AGRICOLES**
(2 avril 1952)

(Étendue par arrêté du 13 octobre 1953,
Journal officiel du 28 octobre 1953)

Avenant n° 50 du 24 juin 2019

NOR : AGRS2097096M

IDCC : 7517

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération nationale de la propriété privée rurale ;

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

Fédération nationale du bois ;

Entrepreneurs des territoires,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;

Fédération de l'agriculture CFTC-Agri ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO ;

Fédération générale agroalimentaire FGA CFDT ;

Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les organisations patronales et salariales conviennent de réviser la convention collective nationale des ingénieurs et cadres d'entreprises et exploitations agricoles du 2 avril 1952 afin d'améliorer les garanties du régime frais de santé, en les adaptant toutefois à la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y

compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1^{er}

La convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 est modifiée comme suit :

Le 2^e alinéa de l'article 1^{er} « Champ d'application » est remplacé comme suit :

« Sont ainsi visées toutes les entreprises et exploitations agricoles de quelque nature qu'elles soient, dont l'activité est définie par le code rural et de la pêche maritime aux articles L. 722-1, 1^o, 2^o (à l'exception des entreprises des parcs et jardins dont l'activité est définie au 2^o de l'article L. 722-2 du même code), 3^o et 4^o et L. 722-20, 2^o, 3^o et 7^o. »

Au 4.2 « Taux de cotisations et répartitions » de l'article 4, le 2^e alinéa du paragraphe « Dispenses d'affiliation » est remplacé par l'alinéa suivant :

« 2. Bénéficiaires de la CMU-C ou d'une assurance individuelle frais de santé

Quelle que soit leur date d'embauche, peuvent demander à être exclus de la garantie frais de santé et donc de ne bénéficier que partiellement du régime national de prévoyance :

- les salariés bénéficiaires de la CMU-C : dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle santé au moment de leur embauche : dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. »

L'article 14 « Rente d'éducation » est remplacé comme suit :

« En cas de décès d'un salarié, en activité ou dans l'une des situations de maintien de garanties prévue aux articles 9.2 et 9.3, il est versé à chaque enfant à charge tel que défini à l'article 10 de la présente convention, une rente d'éducation dont le montant annuel est calculé forfaitairement sur 5 000 points.

La valeur du point est fixée annuellement par le conseil d'administration de l'organisme assureur.

Son montant fait l'objet d'une approbation préalable obligatoire de la commission nationale paritaire. »

À l'article 17 « frais de santé », est ajouté le sous article 17.5 suivant :

« 17.5 Maintien gratuit de la garantie frais de santé aux ayants droit d'un participant décédé

Les ayants droit d'un participant décédé bénéficient de la garantie frais de santé à titre gratuit jusqu'à la fin des 12 mois civils suivant le décès. »

L'annexe II de la convention collective nationale des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 est supprimée et remplacée par l'annexe II jointe au présent avenant.

Article 2

Ces modifications prennent effet au 1^{er} janvier 2020.

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 24 juin 2019

(Suivent les signatures)

Annexe II Tableau des garanties santé prenant effet au 1^{er} janvier 2020

Les prestations du présent accord respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables ».

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf médicaments homéopathiques), du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

(Voir page suivante.)

Tableau des garanties santé CCN 52 – Régime hors Alsace Moselle

Nature des frais	(RO) Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation), actes techniques et sages-femmes :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	330% BR	400% BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	130% BR	200% BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	330% BR	400% BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	130% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	60% ou 100% BR	40% ou 0% BR	100% BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35% à 70% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, ergothérapie, psychologie, psychomotricité, psychothérapie, étioopathie, homéopathie	-	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
Médicaments			
- 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
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60% BR	100% FR - RO	100% FR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60% BR ou 100% BR	240% ou 200% BR	300%BR
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80% ou 100% BR	120% ou 100% BR	200% BR
Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% ou 100% BR	320% BR ou 300% BR	400%BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% ou 100% BR	120% BR ou 100% BR	200%BR
- Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire :	-		
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
MATERNITE			
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)		1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Prime de maternité ou d'adoption	-	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 ^{ème}	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 ^{ème}
OPTIQUE			
	1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6) Plafond de 30€ pour la monture de classe A et de 100€ pour la monture de classe B		
Équipements 100% Santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture + 2 Verres	60% BR	100% FR - RO	100% FR
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Autres équipements			
-Monture Classe B + 2 verres Classe A ⁽⁷⁾	60% BR	Monture : 100€ - RO Verres : 100% FR - RO	Monture : 100€ Verres : 100% FR
-Monture + 2 verres simples Classe B ⁽⁸⁾	60% BR	420€ - RO	420€
-Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Classe B ⁽⁸⁾	60% BR	560€ - RO	560€
-Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B ⁽⁸⁾	60% BR	700€ - RO	700€
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	40% BR +470€/an/bénéficiaire	100% BR +470€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	470€/an/bénéficiaire	470€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	1250€/an/bénéficiaire	1250€/an/bénéficiaire

DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾⁽⁹⁾	70% BR	100% FR - RO	100% FR
Soins (hors 100% Santé)	70% BR	100% FR - RO	100% FR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	70% BR	100% FR - RO	100% FR
Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁰⁾	70% BR	410% BR	480% BR
- prothèses à honoraires libres	70% BR	410% BR	480% BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	Crédit de 215€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	330% BR ou 300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 400€/an/bénéficiaire	Crédit de 400€/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	Crédit de 1000€/an/bénéficiaire	Crédit de 1000€/an/bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200€/an/bénéficiaire	Crédit de 200€/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾			
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 ⁽⁷⁾	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
Prothèses auditives non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 385€/an/bénéficiaire	Crédit de 385€/an/bénéficiaire
CURES THERMALES			
Honoraires de surveillance médicale	70% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires médicaux ⁽²⁾	70% BR	30% BR	100% BR
Frais de soins et de séjour	65% ou 70% BR	35% BR ou 30% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire	100% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	65% ou 100% BR	135% BR ou 100% BR	200% BR
Assistance	-	INCLUS	INCLUS
Réseau de soins	-	INCLUS	INCLUS

Tableau des garanties santé CCN 52 – Régime Alsace-Moselle

Nature des frais	(RO) Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation), actes techniques et sages-femmes :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	310% BR	400% BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	110% BR	200% BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	310% BR	400% BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	110% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	90% ou 100% BR	10% ou 0% BR	100% BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	90% BR	10% BR	100% BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35% à 90% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires de médecins doux : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, ergothérapie, psychologie, psychomotricité, psychothérapie, étiopathie, homéopathie	-	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	90% BR	10%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	80% BR	20%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85%BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90% BR	100% FR - RO	100% FR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	90% BR ou 100% BR	210% ou 200% BR	300%BR
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	100% BR	100% BR	200% BR
Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100% BR	300% BR	400%BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	200%BR
- Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	100% FR	-	100% FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire :			
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
MATERNITE			
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)		1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Prime de maternité ou d'adoption	-	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 ^{ème}	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 ^{ème}
OPTIQUE			
	1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)		
	Plafond de 30€ pour la monture de classe A et de 100€ pour la monture de classe B		
Equipements 100% Santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture + 2 Verres	90% BR	100% FR - RO	100% FR
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Autres équipements			
-Monture Classe B + 2 verres Classe A ⁽⁷⁾	90% BR	Monture : 100€ - RO Verres : 100% FR - RO	Monture : 100€ Verres : 100% FR
-Monture + 2 verres simples Classe B ⁽⁸⁾	90% BR	420€ - RO	420€
-Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Classe B ⁽⁸⁾	90% BR	560€ - RO	560€
-Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B ⁽⁸⁾	90% BR	700€ - RO	700€
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Lentilles remboursées par le régime de base	90% BR	10% BR +470€/an/bénéficiaire	100% BR +470€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	470€/an/bénéficiaire	470€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	1250€/an/bénéficiaire	1250€/an/bénéficiaire

DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾⁽⁹⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Soins (hors 100% Santé)	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁰⁾	90% BR	390% BR	480% BR
- prothèses à honoraires libres	90% BR	390% BR	480% BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	Crédit de 215€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	90% ou 100% BR	310% BR ou 300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 400€/an/bénéficiaire	Crédit de 400€/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	Crédit de 1000€/an/bénéficiaire	Crédit de 1000€/an/bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200€/an/bénéficiaire	Crédit de 200€/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾			
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 ⁽⁷⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
Prothèses auditives non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 385€/an/bénéficiaire	Crédit de 385€/an/bénéficiaire
CURES THERMALES			
Honoraires de surveillance médicale	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires médicaux ⁽²⁾	90% BR	30% BR	100% BR
Frais de soins et de séjour	65% ou 90% BR	35% BR ou 10% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire	100% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	100% BR	100% BR	200% BR
Assistance	-	INCLUS	INCLUS
Réseau de soins	-	INCLUS	INCLUS

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes, sauf si le tableau des garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous 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, pneumocoque, selon âge).

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

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8)

verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1^{er} janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base et régime complémentaire) est inchangé.

Tableau des prestations d'assistance (par an et par bénéficiaire)

<p>Les prestations d'assistance sont assurées par MUTUAIDE ASSISTANCE, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances,</p> <p>7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 - depuis la France et l'étranger</p>	
Informations et services santé	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche d'un professionnel de santé	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	Inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
Assistance de l'enfant malade (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde: 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
Assistance en cas d'hospitalisation (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
Assistance en cas de déplacement en France ou à l'étranger	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère. Services disponibles 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger

Convention collective

IDCC : **9651** | **EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLYCULTURE, D'ÉLEVAGE, DE VITICULTURE, CHAMPIGNONNIÈRES, CUMA, ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX, MARAÎCHERS ET PRODUCTEURS LÉGUMIERS**

(Hautes-Pyrénées)

(6 juillet 1972)

(Étendue par arrêté du 20 février 1973,

Journal officiel du 17 mars 1973)

Avenant n° 5 du 17 janvier 2020
à l'accord du 6 février 2007 relatif à la prévoyance

NOR : AGRS2097088M

IDCC : 9651

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Hautes-Pyrénées ;

Fédération départementale des CUMA ;

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat départemental agroalimentaire CFDT ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;

Fédération départementale de l'agriculture CFTC-Agri ;

Union départementale FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, et avec les dispositions légales concernant les régimes collectifs de prévoyance (mise en œuvre du principe de solidarité), les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord collectif de prévoyance du 6 février 2007 sur le régime de prévoyance des salariés non-cadres des exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de viticulture, champignonnières, CUMA, entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux, maraîchers et producteurs légumiers du département des Hautes-Pyrénées.

Par ailleurs, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, il est précisé que le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1^{er}

Il est ajouté un article 6 *bis* intitulé « principe de solidarité » rédigé comme suit :

« Article 6 *bis* | Principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008. »

Article 2 | Date d'effet

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter de l'exercice 2020.

Article 3 | Dépôt. Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail et en cinq exemplaires, à la DIRECCTE Occitanie, UD DIRECCTE des Hautes-Pyrénées, cité administrative Reffye, rue Amiral-Courbet, 65017 Tarbes Cedex.

Fait à Tarbes, le 17 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Convention collective

IDCC : **9231** | **EXPLOITATIONS AGRICOLES ET ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX**

(Creuse)

(27 octobre 1993)

(Étendue par arrêté du 18 février 1994,
Journal officiel du 2 mars 1994)

Avenant n° 42 du 8 janvier 2020

NOR : AGRS2097094M

IDCC : 9231

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FDSEA

EDT

FD CUMA

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGTA FO

SGA CFDT du Limousin

SNCEA CFE-CGC

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 25 « Salaire de l'ouvrier non permanent » de la convention collective des exploitations agricoles et des entreprises de travaux agricoles et ruraux du département de la Creuse du 27 octobre 1993 est modifié et complété comme suit :

« Article 25 | *Salaire de l'ouvrier non permanent*

Les salariés non permanents bénéficient d'une indemnité de fin de contrat dont le montant, l'assiette et les cas de dispense de versement sont fixés par les articles L. 1243-8 à L. 1243-10 du code du travail (ou tous autres articles qui viendraient à s'y substituer).

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 1243-10 du code du travail cette indemnité est due lorsque le contrat est conclu avec un jeune pour une période comprise dans ses vacances scolaires ou universitaires ou lorsque le contrat est conclu au titre du 3° de l'article L. 1242-2 du même code ceci à l'exception :

- des salariés embauchés au ramassage et conditionnement des petits fruits rouges (myrtille, framboises, cassis, groseilles, fraises) ; et
- les salariés embauchés à la taille et l'éclaircissage manuel des vergers de pommes ; employés moins de 15 jours pendant la saison des tâches mentionnées ci-dessus chez le même employeur.

Cette indemnité est versée au terme du contrat à durée déterminée avec le dernier salaire mais peut, à l'initiative de l'employeur faire l'objet d'avances mensuelles.

Cette indemnité est exclusive de toute autre prime ou indemnité, elle ne saurait se substituer à l'éventuelle indemnité compensatrice de congés payés. »

Article 2

Le présent avenant dont les parties signataires demandent l'extension prendra effet au 1^{er} janvier 2020.

Article 3

Le présent avenant sera remis à chacune des organisations signataires et un exemplaire sera déposé à l'unité départementale de la Creuse de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Nouvelle-Aquitaine, 1, place Varillas, à Guéret.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant conformément aux dispositions des articles L. 2261-15 à L. 2261-23-1 du code du travail.

Fait à Guéret, le 8 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Accord collectif

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON-CADRES DES EXPLOITATIONS ET ENTREPRISES AGRICOLES (Alsace)

(30 juin 2009)

(Étendu par arrêté du 6 avril 2010,

Journal officiel du 16 avril 2010)

Avenant n° 9 du 17 janvier 2020

NOR : AGRS2097092M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Bas-Rhin ;
COOP de France Alsace, section CUMA Grand Est,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union régionale d'Alsace des syndicats CFTD ;

Union régionale d'Alsace des syndicats CFTC ;

Union régionale d'Alsace des syndicats FO ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} | Cotisations

La cotisation mensuelle du socle salarié est modifiée comme suit :

Cotisation socle salarié	Régime local	
	Tarif HT	Tarif TTC(*)
Adulte	22,08 €	23,46 €

(*) Le tarif TTC inclut la taxe de solidarité additionnelle (TSA) de 6,27 % au 1^{er} janvier 2020.

Elle est répartie comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur soit 11,73 € ;
- 50 % à la charge du salarié soit 11,73 €. »

Article 2 | Garanties

Les garanties du contrat et les conditions d'utilisation, limitations et exclusions ont été modifiées afin de répondre aux nouvelles dispositions des contrats responsables prévues dans l'accord départemental des salariés non-cadres des exploitations et entreprises agricoles d'Alsace conclu en date du 30 juin 2009 (tableau des nouvelles garanties en annexe).

Article 3 | Conformité des garanties au « panier de soin ANI » et caractère « solidaire et responsable »

Il est pris en compte les dispositions prévues pour le nouveau cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du code de la sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Les articles L. 911-7 et D. 911-1 code de la sécurité sociale définissent les obligations de la couverture minimale que doivent souscrire l'employeur en matière de remboursement. Les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du code de la sécurité sociale, eux, ont pour objectifs de réguler les dépassements d'honoraires et d'agir sur le prix de l'optique, des soins dentaires et des aides auditives en interdisant certaines prises en charge et en imposant des plafonds et limites à ces remboursements.

Article 4 | Protection des données à caractère personnel

Il est pris en compte les nouvelles dispositions relatives à « la loi informatique et libertés » n° 78-17 informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement européen 2016-679 du 27 avril 2016 (RGPD).

L'assureur, en tant que responsable du traitement, recueille différentes informations qui font l'objet de différents traitements de données à caractère personnel et dont les finalités consistent à effectuer des opérations nécessaires à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Il est ainsi rappelé les droits d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que les modalités d'exercice de ces droits.

Article 5 | Lutte contre le blanchiment des capitaux. Financement du terrorisme

Il est pris en compte les dispositions prévues par l'ordonnance n° 2016-1635 du 1^{er} décembre 2016 codifiées aux articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier.

Article 6

Les autres articles et conditions de l'accord régional du 30 juin 2009 restent inchangés.

Article 7 | Prise d'effet

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur selon les modalités suivantes :

- l'article 1^{er} : entrée en vigueur au 1^{er} avril 2020 ;
- les articles 2 et suivants : entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant des secteurs concernés. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de 50 salariés et de 50 salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme dont les garanties ont tenu compte, lors de leur définition, de la structure et de la taille des entreprises des secteurs.

Article 8 | Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant à l'accord régional du 30 juin 2009.

Article 9

Un exemplaire du présent avenant sera remis à chacune des organisations signataires et cinq autres exemplaires seront déposés à la DIRECCTE Grand Est, unité départementale du Bas-Rhin.

Fait à Schiltigheim, le 17 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1

Tableau de garanties

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%
Honoraires médicaux : actes techniques		
- Généralistes et spécialistes praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
- Généralistes et spécialistes praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins et homéopathie)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	100%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	300%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Hospitalisation en cas de maternité (2)	100%	33% PMSS
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	25 € / jour
Chambre particulière en maternité	-	25 € / jour
Chambre particulière Psychiatrie	-	25 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant	-	-
Optique		
Equipements 100% santé (3)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (3)		
- Verres simples+monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	450€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	450€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	375€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	375€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	450€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (4)	0 à 60%	100% + 100 €
Autres prestations optiques 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (5)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	-
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (5)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (5)		
- Soins pris en charge par le RO	70%	100%
- Inlay onlay pris en charge par le RO	70%	125%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (5)		
- Prothèses prises en charge par le RO (6)	70%	220% + 300 €
- Inlay core pris en charge par le RO	70%	220% / an
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	200%
Forfait global orthodontie non PEC RO, prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, soins non PEC RO et implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire non PEC RO	-	-
Aides auditives		
Equipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)	60%	200%
Cures thermales		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	RSS
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutuaia
Bien-être		
- Médecines douces (8)		
- Acupuncteur (9)	-	30 € / an
- Chiropracteur (9)	-	
- Ostéopathe (9)	-	
- Sophrologue (9)	-	
- Homéopathie et pharmacie prescrites	-	-
Assistance et services		
Mutuaia Assistance (cf. notice Mutuaia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle ; RSS : Remboursement Sécurité Sociale.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

(1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Pour les dépassements d'honoraires et chambres particulières en maternité, dans la limite des frais engagés.

(3) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(4) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(6) par an.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(8) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADEL, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement.

(9) 30€/séance - soit 1/an

Annexe 2 Conditions d'utilisation, limitations et exclusions de garanties accord production agricole Alsace

■ Soins courants

Substituts nicotiniques

Quelle que soit la formule choisie, la mutuelle rembourse les substituts nicotiniques pris en charge par le RO.

Les substituts nicotiniques permettant un remboursement de la part de la mutuelle sont les patches, gommes et pastilles. Les cigarettes électroniques ne sont pas remboursées par la mutuelle.

■ Hospitalisation

Forfait d'accompagnement de l'enfant

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans, la mutuelle peut verser en fonction de la formule choisie un forfait pour le paiement des dépenses d'hébergement frais de nuitée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement conventionné avec l'hôpital et frais de repas. La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

■ Optique

Forfait équipements optiques « 100 % santé » et « panier libre »

a) Définition

La garantie « équipement optique » proposée par la mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition d'équipements d'optique médicale, en complément du remboursement RO.

Par « équipement d'optique médicale », il convient d'entendre un équipement composé de deux verres et d'une monture.

Les prestations accordées par la mutuelle dans le cadre du forfait « équipement optique », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document. Il inclut la part de remboursement du régime obligatoire et du ticket modérateur. Ainsi, en cas d'utilisation du forfait dans sa globalité, le ticket modérateur ne peut faire l'objet d'un remboursement.

Dans le cadre de la réforme 100 % santé, le forfait équipement optique est distingué en 2 classes :

Les équipements 100 % santé, de classe A, dont les tarifs sont plafonnés. Ils couvrent tous les besoins de correction visuelle et respectant les critères de performance technique et de qualité (traitements antireflet obligatoires, amincissement des verres en fonction du trouble, anti-rayures, anti-UV) ;

Les équipements à tarifs libres, de classe B, sans plafonnement tarifaire.

b) Montants des remboursements

Les équipements « 100 % santé » sont obligatoirement et intégralement pris en charge par la mutuelle, à hauteur des frais exposés par l'assuré en plus du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente.

Les montants de prise en charge des équipements à tarifs libres, dépendent de la formule choisie et du type d'anomalie de la vision.

Le montant du forfait lunette comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture. Selon la réglementation en vigueur, le montant de remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.

Les forfaits équipements appartenant au panier libre sont ainsi distingués entre équipements à verres simples, complexes ou mixtes de la manière présentée dans le tableau ci-dessous. Ils respectent, en tout état de cause, les planchers et plafonds fixés par la réglementation, en fonction de la nature des verres composant l'équipement.

Catégorie	Verres composant l'équipement
Verres simples	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres simples, corrigeant un défaut spécifique tel que la myopie légère, l'astigmatisme léger (corrige un défaut de loin ou de près).</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres simples sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres appartenant à l'une des catégories suivantes ; - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 - verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $\leq +4,00$ • dont la sphère est positive et dont la somme S* est inférieure à 6,00
Verres complexes	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres complexes composés de 2 ou 3 foyers corrigeant chacun un défaut visuel spécifique, permettant une amélioration de la vision que ce soit de près ou de loin. On retrouve dans cette catégorie les verres progressifs qui corrigent notamment la presbytie.</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres complexe sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> o dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $> +4,00$ o dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est $\geq +0,25$ o dont la sphère est positive et dont la somme S* est supérieure à 6,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et +8,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S* $\leq +8,00$ <p>Verres multifocaux et progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries - dont la sphère est positive et dont la somme S* est $> +8,00$
Verres mixtes	<p>L'équipement est composé d'une monture, d'un verre simple et d'un verre complexe, dont chaque verre corrige un défaut spécifique à l'œil correspondant.</p>

c) Articulation entre le panier « 100 % santé » et le panier libre

Les bénéficiaires ont la possibilité de mixer entre les deux paniers, en souscrivant une monture appartenant à la classe A « 100 % santé » et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement libre (de classe B), dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optiques, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

d) Périodicité de renouvellement

La prise en charge au titre du forfait « équipement optique » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture par période de 2 ans.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et ne, pouvant pas ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait équipements optiques peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux des déficits mentionnés ci-dessous.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Par dérogation, cette période est réduite à :

- 1 an (12 mois) après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
- 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de moins de 7 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai de 1 an mentionné à l'alinéa précédent s'applique ;
- 1 an (12 mois) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans, lorsque intervient une dégradation des performances oculaires.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières : une intolérance ou une contre-indication aux verres indication aux verres progressifs ou multifocaux ; une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique précisées par la liste fixée par arrêté et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois ou 6 mois, tels que présenté ci-dessus) s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement ou d'un élément de l'équipement optique (verres ou monture). Il s'agit d'une période fixe, qui ne peut être ni réduite, ni allongée.

Il ne peut en aucun cas y avoir de report de remboursement d'une période sur une période suivante.

Lorsque le bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verres ou monture) et s'achève 2 ans après (1 an ou 6 mois après, dans certains cas exceptionnels, tel que présenté ci-dessus).

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- si le bénéficiaire n’a pas entamé sa prestation équipement optique avant ce changement de formule, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d’effet de sa nouvelle formule. La période de 2 ans commencera dès l’acquisition de tout ou partie de son équipement ;
- si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement optique pour l’achat d’un équipement complet (verres + montures), il devra attendre la fin de sa période de 2 ans qui a commencé après la date d’acquisition du premier élément de l’équipement, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement optique pour l’achat d’un équipement (verres ou monture), la date de fin de sa période de 2 ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d’effet pour les seuls éléments de son équipement (verres ou monture) n’ayant pas déjà fait l’objet d’un remboursement.

Exemple : le contrat du membre participant prévoit un plafond de garantie de 100 € pour la monture et 190 € par verre (selon grille) et la période de 2 ans est fixée à compter de la date d’acquisition de l’équipement. Le membre participant acquiert le 28 septembre 2019 deux verres foyer (simple foyer, 4 dioptries par exemple) pour un total de 300 €. En janvier 2020, il souhaite acquérir une monture pour compléter son équipement optique. La monture pourra être couverte dans la limite de 100 €. La prise en charge du renouvellement de son équipement (verres et monture) pourra s’effectuer à compter du 29 septembre 2021.

Lentilles prises en charge ou non par le RO

Le montant du forfait varie en fonction de la garantie souscrite. La période d’utilisation du forfait est d’une année civile. Au cours de cette période, le bénéficiaire a droit à un ou plusieurs remboursement(s) à hauteur du forfait global.

Au-delà du forfait, la mutuelle continue de prendre en charge les lentilles remboursées par le RO à hauteur du ticket modérateur.

Autres prestations optiques

Outre les prestations « équipement optique médicale », lentilles, et chirurgie réfractive de l’œil, la garantie accordée par la mutuelle prend en charge les prestations d’adaptation de la correction, les verres neutres, la prestation d’appairage et les prismes.

Comme pour les équipements optiques, ces prestations sont classées en deux paniers :

- panier « 100 % santé » : concerne la prestation d’adaptation de la correction visuelle par l’opticien, l’appairage, les verres avec filtre ;
- panier à tarifs libres : concerne la prestation d’adaptation de la correction visuelle par l’opticien, l’appairage, les verres avec filtre, les prismes, le système anti-ptosis, les verres iséconiques.

Les suppléments et autres prestations optiques appartenant au panier « 100 % santé » sont pris en charge par la mutuelle à hauteur des frais exposés par l’assuré, en sus du tarif de responsabilité dans la limite des prix limites de vente.

Les prestations classées en panier libre sont prises en charge à hauteur du ticket modérateur, tel que présenté dans le tableau de garanties.

■ Dentaire

Soins et prothèses dentaires

Deux catégories de soins et prothèses dentaires sont prévues par la garantie :

- soins et prothèses appartenant au panier « 100 % santé » : les actes sont à entente directe limitée (ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation et sont remboursés intégralement par les contrats responsables). Le panier « 100 % santé » s'appliquera aux couronnes céramo-métalliques et bridge pour les dents du sourire, aux couronnes métalliques pour toutes les dents, et aux appareils amovibles en résine ;
- soins et prothèses n'appartenant pas au panier « 100 % santé » : concerne les soins et prothèses :
 - à reste à charge maîtrisé : les actes sont à entente directe limitée (ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation), cependant ils peuvent présenter un reste à charge pour l'adhérent. Il s'appliquera sur les couronnes céramo-métalliques pour les dents intermédiaires, les bridges pour les dents postérieures, les appareils amovibles en stellite ;
 - à panier libre : les actes sont sans plafonnement et l'adhérent peut choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués.

Les actes et prestations, proposés par le biais de chaque panier, diffèrent selon la nature des matériaux, le type de prothèse et la localisation de la dent.

Dans le cadre du contrat responsable, les garanties relevant du :

- panier « 100 % santé » sont pris en charge obligatoirement et sont remboursés intégralement par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle, à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'adhérent en plus des tarifs de responsabilités dans la limite des honoraires de facturation ou du prix limites de vente et sont sans reste à charge ;
- panier hors « 100 % santé » (à « reste à charge maîtrisé » ou « libre »), les remboursements de la mutuelle varient en fonction de la formule choisie, tel que présenté dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document.

Autres prestations dentaires

Pour l'orthodontie non PEC RO, les IPP (implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire), les prothèses non prises en charge par le régime obligatoire, mais figurant à la nomenclature RO et les soins non PEC RO une garantie forfaitaire utilisable par année civile est prévue ou non selon la formule choisie.

Ce forfait rembourse uniquement les prestations médicalement prescrites et non prises en charge par le régime obligatoire. En outre, ces prestations doivent être inscrites à la nouvelle classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire à l'exception des actes d'orthodontie qui restent inscrits à l'ancienne nomenclature des actes techniques dentaires.

■ Aides auditives

Équipements « panier 100 % santé » et « panier libre »

a) Définition des modalités de prise en charge

La garantie « aides auditives » accordée par la mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition de prothèses auditives.

Les prestations accordées par la mutuelle dans le cadre du forfait « équipement audioprothèse », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document. Il est exprimé par oreille et par bénéficiaire et inclut la part de remboursement de l'assurance maladie et du ticket modérateur, sans pouvoir excéder 1 700 €.

Dans le cadre de la réforme « 100 % santé », le forfait équipement « audioprothèses » est distingué en deux classes :

- les équipements « 100 % santé », de classe I, à tarifs plafonnés ;
- les équipements à tarifs libres, de classe II.

b) Renouvellement

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

Ce renouvellement anticipé doit respecter les autres règles de prise en charge et, intervient notamment après prescription médicale (dans les conditions rappelées dans l'arrêté susmentionné). En vue du remboursement au titre du présent I, le prescripteur atteste de l'état hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état de l'assuré, de l'aide auditive, en précisant la raison sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- si le bénéficiaire n'a pas entamé sa prestation équipement audioprothèses avant ce changement de formule, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule. La période de 4 ans commencera dès l'acquisition de tout ou partie de son équipement ;
- si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'une prothèse par oreille, il devra attendre la fin de sa période de 4 ans qui a commencé après la date d'acquisition de l'équipement de chaque oreille, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'un équipement pour une oreille (droite ou gauche), la date de fin de sa période de 4 ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d'effet pour la seule prothèse (droite ou gauche) n'ayant pas déjà fait l'objet d'un remboursement.

■ Cures thermales

En fonction de la formule choisie, la mutuelle peut intervenir pour prendre en charge les frais de soins, d'hébergement et de transport.

Il est précisé que la mutuelle intervient uniquement :

- en cas de prise en charge de la cure par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- sur prescription et présentation des justificatifs de paiement.

■ Prévention

La mutuelle prend en charge l'ensemble des actes de préventions pris en charge par le RO, tels que définis par l'arrêté du 8 juin 2016, pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code et définis ci-dessous :

- prévention des caries pour les enfants : scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1^{re} et 2^e molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire ;
- détartrage annuel dentaire : un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12) ;
- dépistage des troubles du langage pour les enfants : bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
- dépistage de l'hépatite B ;
- dépistage auditif : une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) ;
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;
- autres actions de prévention prises en charge par le RO : les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - coqueluche : avant 14 ans ;
 - hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - haemophilus influenza B ;
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

■ Bien-être

Forfait bien-être et prévention à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci sont prises en charge par le RO, intervention en complément du contrat de base et à hauteur de la dépense engagée et ce dans la limite du montant du forfait indiqué, telles que visées dans le tableau de garanties.

Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante.

Convention collective

IDCC : **8832** | **EXPLOITATIONS ET ENTREPRISES AGRICOLES**
(Haute-Loire et Lozère)
(11 août 1982)

(Étendue par arrêté du 30 novembre 1982,
Journal officiel du 20 janvier 1983)

Avenant n° 86 du 21 janvier 2020

NOR : AGRS2097099M

IDCC : 8832

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FDSEA de la Haute-Loire ;

FDSEA de la Lozère ;

FDCUMA de la Haute-Loire ;

FDCUMA de la Lozère ;

UR des entrepreneurs des territoires d'Auvergne,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CGT-FO des salariés en agriculture de la Haute-Loire ;

CGT-FO des salariés en agriculture de la Lozère ;

SGA CFDT de la Haute-Loire ;

SGA CFDT de la Lozère ;

Union départementale CFE-CGC de la Haute-Loire,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de la convention collective de travail du 11 août 1982 des exploitations et entreprises agricoles des départements de Haute-Loire et Lozère, s'agissant de la mise en œuvre du principe de solidarité et de mutualisation avec le fonds de solidarité national.

Article 1^{er}

Il est créé un article 67.10 comme suit :

« Principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que

la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de préventions et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008, et le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. »

Article 2 | *Date d'effet et extension*

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet à compter du 1^{er} jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Fait au Puy-en-Velay, le 21 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Convention collective

IDCC : **9631** | **EXPLOITATIONS ET ENTREPRISES AGRICOLES**
(Puy-de-Dôme)
(25 octobre 1978)

(Étendue par arrêté du 11 avril 1979,
Journal officiel du 27 avril 1979)

Avenant n° 100 du 13 janvier 2020

NOR : AGRS2097101M

IDCC : 9631

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles du Puy-de-Dôme ;
Fédération départementale des CUMA ;
Syndicat des entrepreneurs du territoire du Puy-de-Dôme,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat général agroalimentaire du Puy-de-Dôme CFDT ;
Syndicat national des cadres des entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;
Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière CGT Auvergne ;
Fédération CFTC-Agri,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de la convention collective de travail du 25 octobre 1978 des exploitations et entreprises agricoles du département du Puy-de-Dôme, s'agissant de la mise en œuvre du principe de solidarité et de mutualisation avec le fonds de solidarité national.

Article 1^{er}

L'article 78 de la convention collective de travail du 25 octobre 1978 concernant les exploitations et entreprises agricoles du département du Puy-de-Dôme est complété comme suit :

Dernier alinéa :

« Principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que

la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de préventions et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008, et le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. »

Article 2 | Dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés

Le présent avenant ne comprend pas d'article relatif à des dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés. En effet, la branche des entreprises agricoles comprenant majoritairement des structures de moins de 50 salariés, les dispositions ci-dessus énoncées tiennent déjà compte des spécificités de ces entreprises.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de 50 salariés et de 50 salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme dont les garanties ont tenu compte lors de leur définition de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

Article 3

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Le présent accord prendra effet au 1^{er} jour civil suivant la parution de son arrêté d'extension.

Fait à Clermont-Ferrand, le 13 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Accord régional

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
EN AGRICULTURE DES SALARIÉS NON AFFILIÉS À L'AGIRC
(Centre-Val de Loire)
(3 juillet 2009)**

(Étendu par arrêté du 9 décembre 2009,
Journal officiel du 19 décembre 2009)

Avenant n° 6 du 23 octobre 2019

NOR : AGRS2097091M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA du Centre-Val de Loire ;

Pôle de coordination et d'appui PCA CUMA Centre-Val de Loire Poitou-Charentes Limousin ;

Entrepreneurs des territoires EDT du Centre-Val de Loire,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire CFDT ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexe ;

FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les Français disposant d'une complémentaire santé.

La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes, jusqu'au remboursement total en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs catégories de remboursement, dont une prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursés (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Par ailleurs, l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance a modifié certaines garanties.

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, et avec l'accord national agricole, les partenaires sociaux font évoluer à compter du 1^{er} janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) définis dans l'accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non affiliés à l'AGIRC en région Centre Val de Loire.

De plus, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la Loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire, et du régime optionnel.

Article 1^{er}

L'annexe 2 est modifiée comme suit : une nouvelle grille de garanties remplace et supprime la grille précédente.



(Voir page suivante.)



Tableau des garanties

Les remboursements interviennent, y compris le remboursement de la sécurité sociale française ou de la MSA, dès lors qu'elle intervient, ainsi que le régime socle pour les régimes surcomplémentaires.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réels engagés et de :

H HOSPITALISATION ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non ⁽²⁾	Frais de séjour		100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Honoraires				
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		255 % BR	255 % BR	255 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		200 % BR	200 % BR	200 % BR
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾		100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA				
	Chambre particulière ⁽⁴⁾				
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA				
	Par nuitée (hospitalisation)		75 €	80 €	80 €
	Par nuitée (maternité)		75 €	80 €	80 €
	Par nuitée (psychiatrie)		75 €	80 €	80 €
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)		75 €	80 €	80 €
	Lit d'accompagnant ⁽⁴⁾				
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA				
	Bénéficiaire dont l'âge est < a 16 ans - par nuitée		non couvert	40 €	40 €
	Forfait maternité		1/3 FMSS	1/3 FMSS	1/3 FMSS
	doublé en cas de naissance gémellaire				

	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (9)	sans reste à payer (9)	sans reste à payer (9)
 DENTAIRE (6) auprès d'un professionnel	Soins				
		Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Inlay/onlay	210 % BR	270 % BR	370 % BR
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par acte et par bénéficiaire	non couvert	200 €	200 €
	Prothèses autres que 100 % Santé				
	Prothèses remboursées	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	210 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11 % PMSS	270 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11 % PMSS	370 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 15 % PMSS
	Prothèses non remboursées	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) - par acte et par bénéficiaire	non couvert	8 % PMSS	10 % PMSS
	Implantologie				
		Implant - par implant et par bénéficiaire	non couvert	240 €	240 €
		Pilier implantaire - par pilier implantaire et par bénéficiaire	non couvert	160 €	160 €
	Orthodontie (6)				
		Remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par semestre de traitement et par bénéficiaire	400 % BR	400 % BR	400 % BR
 OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)				
		par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans****	113,6 €	134,5 €	150,4 €
		par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	175 €	175 €	183 €
		par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	200 €	225,0 €	250 €
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	100 €	100 €	100 €
		par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	147,4 €	160,0 €	160 €
		par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	230,2 €	300,0 €	300 €
		par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	230,2 €	300,0 €	300 €
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	100 €	100 €	100 €
	Lentilles				
		Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (7) Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire (7)	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire 100 €	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire 100 €	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire 100 €

 ADE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	115 % BR	165 % BR	265 % BR
	Accessoires et fournitures	Fils non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA pour appareil auditif - par an et par bénéficiaire	non couvert	non couvert	non couvert
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe I***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité**** Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	115 % BR 115 % BR 100 % BR	122 % BR 165 % BR 100 % BR	122 % BR 265 % BR 100 % BR
 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Accessoires et fournitures				
	Honoraires médicaux				
	Consultation / visite / consultation en ligne				
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	200 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	180 % BR
	Actes techniques médicaux				
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Actes d'imagerie médicale				
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Honoraires paramédicaux				
		auxiliaires médicaux, pédicures-podologues	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Analyses et examens de laboratoire				
			100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	100 % BR	300 % BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Cures thermales				
		Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique	70 % BR	70 % BR	70 % BR
		Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	non couvert	non couvert	non couvert
	Médicaments				
		Médicaments remboursés à 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Médicaments remboursés à 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Médicaments remboursés à 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	non couvert	20 €	30 €
		Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	150 €	150 €	150 €
		Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	non couvert	20 €	30 €
	Médecine additionnelle et de prévention				
	Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel				
	Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA	Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Élopathie, Homéopathe, Méthode Mézières, Mérokinesthésie, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédiatre, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Réflexologue, Soprologue - par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire	30 € consultation dans la limite de 5 consultations par an et par bénéficiaire	30 € consultation dans la limite de 5 consultations par an et par bénéficiaire

SERVICE	Assistance	Incluse	Incluse
---------	------------	---------	---------

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR-SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire (Sécurité sociale). **PMSS** = Parfond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). MSA = Mutualité Sociale Agricole.

* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concerne pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(7) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(8) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limités de facturation définies aux Conditions générales.

(10) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Article 2 | Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Article 3 | Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé au pôle « politique du travail » de la DIRECCTE.

Fait à Orléans, le 23 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)

Accord professionnel

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON-CADRES

(Pays de la Loire et ouest de la France)

(Étendu par arrêté du 6 avril 2010,
Journal officiel du 16 avril 2010)

Avenant n° 6 du 7 novembre 2019

NOR : AGRS2097089M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA des Pays de la Loire (délégataire des prérogatives de la représentativité de la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles FNSEA pour la production agricole (IDCC 9492 ; 9532 ; 9722 ; 9494 ; 9723 ; 9491 ; 9531 ; 9721 ; 8526) relativement au présent accord dont le champ est régional et en tant que de besoin au-delà de la circonscription régionale pour l'IDCC 8526) ;

Entrepreneurs des territoires EDT des Pays de la Loire ;

Union des coopératives d'utilisation de matériel agricole CUMA des Pays de la Loire (agissant tant en son nom propre qu'au nom des fédérations desquelles elle a reçu mandat à l'effet de les engager dans les termes du présent accord, à savoir : fédération départementale des CUMA de Mayenne, fédération des CUMA Bretagne Ille Armor, fédération départementale des CUMA du Finistère, fédération départementale des CUMA du Morbihan),

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union professionnelle régionale agricole des Pays de la Loire et de Bretagne UPRA CFTD ;

Fédération CFTC de l'agriculture ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO ;

Fédération nationale agroalimentaire et Forestière FNAF CGT ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

(Voir page suivante.)

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les Français disposant d'une complémentaire santé. La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes, jusqu'au remboursement total en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs catégories de remboursements, dont une prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursée (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, les partenaires sociaux sont convenus de faire évoluer à compter du 1^{er} janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) du régime conventionnel obligatoire, définies à l'annexe de l'accord modifié du 15 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire en santé dans certains départements des pays de la Loire et de l'ouest de la France.

En outre, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire (ainsi que des options).

Article 1^{er} | **Modification de l'article 2 de l'accord du 15 juillet 2009**

L'article 2 relatif à l'entrée en vigueur de l'accord est modifié ainsi qu'il suit :

Après le paragraphe 4, il est ajouté un paragraphe 5 ainsi rédigé :

« **Paragraphe 5. Application volontaire au 1^{er} janvier 2020 de l'avenant n° 6 à l'accord**

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 6 du 7 novembre 2019 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1^{er} janvier 2020, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1^{er} janvier 2020.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes dudit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 6 à l'accord à la date du 1^{er} janvier 2020, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1^{er} janvier 2020, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité et modifié, puis du présent accord collectif tel qu'il est modifié par son avenant n° 6. »

Article 2 | **Modification de l'article 3 de l'accord du 15 juillet 2009**

L'article 3 est rédigé comme suit :

« **Article 3 | Salariés bénéficiaires**

Paragraphe 1. Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971.

Sont donc exclus :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 en application des décisions prises en leur temps par l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;

- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Paragraphe 2. Cas de dispense

Par exception aux dispositions du paragraphe 1 du présent article et par application des règles relatives à la réglementation sociale et fiscale en son état au jour de l'avenant n° 6, notamment les articles R. 242-1-6 et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère collectif et obligatoire de l'accord.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C (couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture (art. R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel (art. R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants (art. D. 911-2 du code de la sécurité sociale) :
 - a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au 4° du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.
 - b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.
 - c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.
 - d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale.

- e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- les salariés en contrat à durée déterminée dont la durée du contrat de travail est inférieure à 3 mois et qui justifient avoir souscrit à une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (art. D. 911-6 du code de la sécurité sociale).

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.

Paragraphe 3. Portabilité

Les salariés bénéficiaires et n'ayant pas usé de la faculté de dispense disposent également du droit accordé par les dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage aux conditions définies par ce texte.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations-chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 3 | Modification de l'annexe 1 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 1 est rédigée comme suit :

« **Annexe 1 Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)**
Régime complémentaire obligatoire :

(Voir page suivante.)

		Socle conventionnel (incluant les remboursements du régime général MSA)
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS	
	HONORAIRES MEDICAUX	
	Consultations, visites généralistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Consultations, visites spécialistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes de sages-femmes	100% BR
AIDES AUDITIVES	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX	
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100% BR
	MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR
	MATERIEL MEDICAL	
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% BR
	Gros appareillage	100% BR
	TRANSPORT	
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR
	AIDES AUDITIVES	
	Prothèse auditive remboursable (2)(3)	
	- Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽²⁾⁽³⁾	100 % santé
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾	100% BR + 7 % PMSS /An (dans la limite de 1700€ au 01/01/2021)
	Piles	100% BR

	- Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus - Inlay-Core - Inlay onlay Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Orthodontie refusée par le régime obligatoire Implantologie (11) Parodontologie (11) (13)	- 125% BR 125% BR 160% BR - - -
AUTRES	AUTRES Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée (11)(14) Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale) Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) Diététicien Vaccin antigrippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture) Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (11) Actes de prévention (12) Assistance	30 € / séance limité à 3 séances par an 100 % BR 40 €/An 50 €/An Frais réels 25 €/An - 100% BR Oui

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent régime.

(13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. »

Article 4 | Modification de l'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« Annexe 3 Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 1 facultative (art. 10)

(Voir page suivante.)

		Option 1 <i>(incluant les remboursements du socle conventionnel)</i>
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX	
	Consultations, visites généralistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Consultations, visites spécialistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes de sages-femmes	100% BR
AIDES AUDITIVES	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX	
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100% BR
	MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR
	MATERIEL MEDICAL	
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% BR
	Gros appareillage	100% BR + 300 €/an
	TRANSPORT	
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR
	AIDES AUDITIVES	
	Prothèse auditive remboursable (2)(3)	
	- Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) (2)(3)	100 % santé
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II) (2)(3)	100% BR + 12 % PMSS /An (dans la limite de 1700€ au 01/01/2021)
	Piles	100% BR

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO	CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100% BR
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE Frais de séjour Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Ambulances, véhicules sanitaires légers... Forfait journalier hospitalier Forfait actes lourds Chambre particulière ⁽⁴⁾ Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾ Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	100% BR 255% BR 200% BR 100% BR Frais réels Frais réels 40 € / jour 40 € / jour 35 € / jour 1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Monture + verres Equipement à tarifs libres (Classe B) (6)(7)(8)(9) Enfant Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adulte Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adaptation de la correction visuelle Verres avec filtre Autres suppléments (prisme, système antiphtosis, verres iséiconiques) Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base) Opération de chirurgie correctrice de l'œil	100 % santé 100 € 60% + 131 € 60% + 191 € 60% + 191 € 100 € 60% + 131 € 60% + 191 € 60% + 191 € 100 % FR 100 % FR 100% BR 100 % BR ou 0 % BR + 5% PMSS / an / bénéficiaire 200€ /Oeil
DENTAIRE	DENTAIRE SOINS Soins (hors 100 % santé) Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10) Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libre (10) - Prothèses dentaires acceptés	100% BR 100 % santé 230 % BR + 14% PMSS / an / bénéficiaire

	- Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus - Inlay-Core - Inlay onlay Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Orthodontie refusée par le régime obligatoire Implantologie (11) Parodontologie (11) (13)	- 125% BR 125% BR 200% 100€ /An 300€ / implant (maximum 1 implant / an) 100€ /An
AUTRES	AUTRES Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée (11)(14) Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale) Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) Diététicien Vaccin antigrippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture) Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (11) Actes de prévention (12) Assistance	30 € / séance limité à 4 séances par an 100 % BR 40 €/An 50 €/An Frais réels 25 €/An 50 €/An 100% BR Oui

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent régime.

(13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. »

Article 5 | Modification de l'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« Annexe 4 Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 2 facultative (art. 10)

(Voir page suivante.)

		Option 2 <i>(incluant les remboursements du socle conventionnel)</i>
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX Consultations, visites généralistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Consultations, visites spécialistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Actes techniques médicaux et d'échographie - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Actes de sages-femmes ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE Analyses et examens de laboratoire HONORAIRES PARAMEDICAUX Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes) MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE MATERIEL MEDICAL Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire Gros appareillage TRANSPORT Ambulances, véhicules sanitaires légers...	 150% BR 130% BR 150% BR 130% BR 150% BR 130% BR 150% BR 150% BR 100% BR 100% BR 100% BR + 400 €/an 100% BR
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES Prothèse auditive remboursable (2)(3) - Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽²⁾⁽³⁾ - Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾ Piles	 100 % santé 100% BR + 15 % PMSS /An (dans la limite de 1700€ au 01/01/2021) 100% BR

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO	CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100% BR
	HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE Frais de séjour Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Ambulances, véhicules sanitaires légers... Forfait journalier hospitalier Forfait actes lourds Chambre particulière ⁽⁴⁾ Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾ Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	100% BR 350% BR 200% BR 100% BR Frais réels Frais réels 60 € / jour 60 € / jour 50 € / jour 1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Monture + verres Equipement à tarifs libres (Classe B) (6)(7)(8)(9) Enfant Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adulte Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adaptation de la correction visuelle Verres avec filtre Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base) Opération de chirurgie correctrice de l'œil	100 % santé 100 € 60% + 140 € 60% + 226 € 60% + 226 € 100 € 60% + 140 € 60% + 226 € 60% + 226 € 100 % FR 100 % FR 100% BR 100 % BR ou 0 % BR + 7,5% PMSS / an / bénéficiaire 400€ /Oeil
	DENTAIRE SOINS Soins (hors 100 % santé) Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10) Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libre (10) - Prothèses dentaires acceptés	100% BR 100 % santé 250 % BR + 14% PMSS / an / bénéficiaire

	- Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus - Inlay-Core - Inlay onlay Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Orthodontie refusée par le régime obligatoire Implantologie (11) Parodontologie (11) (13)	5,5 % du PMSS/An/Bénéficiaire 125% BR 225% BR 300% BR 200€ /An 400€ / implant (maximum 1 implant / an) 200€ /An
AUTRES	AUTRES Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée (11)(14) Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale) Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) Diététicien Vaccin antigrippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture) Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (11) Actes de prévention (12) Assistance	35 € / séance limité à 4 séances par an 100 % BR 40 €/An 50 €/An Frais réels 25 €/An 50 €/An 100% BR inclus

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,

*Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.*

- Verres très complexes :

*Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.*

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent

(13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. »

Article 6 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 7 | Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Angers, le 7 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Accord départemental

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON-CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES

(Allier)

(3 septembre 2009)

Avenant n° 5 du 16 janvier 2020

NOR : AGRS2097087M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles de l'Allier ;

Fédération des entrepreneurs du territoire de l'Allier,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière CGT Auvergne ;

Fédération CFTC de l'agriculture ;

Union départementale FO de l'Allier ;

Syndicat général agroalimentaire de l'Allier CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord départemental du 3 septembre 2009 sur le régime de prévoyance des salariés agricoles non-cadres des exploitations agricoles du département de l'Allier, s'agissant de la mise en œuvre du principe de solidarité et de mutualisation avec le fonds de solidarité national.

Article 1^{er} | Principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008, et le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national.

Article 2 | Extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Moulins, le 16 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Convention collective

IDCC : **8741** | **SCIERIES AGRICOLES ET EXPLOITATIONS FORESTIÈRES**
(Limousin)

(1^{er} septembre 1998)

(Étendue par arrêté du 2 juillet 1999,

Journal officiel du 17 juillet 1999)

Avenant n° 50 du 15 janvier 2020

NOR : AGRS2097095M

IDCC : 8741

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Syndicat des exploitants forestiers et scieurs industriels du Limousin SEFSIL ;

Syndicat des entrepreneurs des territoires EDT,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération CFTC-Agri ;

Syndicat général agroalimentaire CFDT du Limousin ;

Syndicat SNCEA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Lors de la commission mixte du 15 janvier 2020 les partenaires sociaux ont décidé de modifier l'article de la convention collective relatif à l'attribution du point d'ancienneté.

Cette modification a pour objet d'allonger la période d'acquisition du point d'ancienneté au-delà de 15 ans.

Article 1^{er}

Après le 2^e alinéa de l'article 12 b 1 du titre VI de la convention collective, sont ajoutées avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2020, les dispositions suivantes :

- « Au-delà de 15 ans d'ancienneté l'attribution de points d'ancienneté ne s'effectue plus de manière annuelle mais par tranche selon les dispositions suivantes :
- à partir de 16 ans d'ancienneté et jusqu'à 19 ans inclus, le salarié bénéficie de 17 points d'ancienneté ;
- à partir de 20 ans d'ancienneté le salarié bénéficie de 20 points d'ancienneté. »

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur dès le lendemain de la signature pour les entreprises adhérentes aux organisations professionnelles signataires et dès le premier jour du mois qui suit la parution au *Journal officiel* de son arrêté d'extension pour les autres.

Article 2

Chacune des organisations signataires recevra un exemplaire du présent avenant et trois exemplaires seront déposés à la DIRECCTE Nouvelle Aquitaine, unité départementale de la Haute-Vienne, 2, allée Saint-Alexis, BP 13203, 87032 Limoges Cedex.

Fait à Tulle le 15 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Directeur de la publication : Yves Struillou

165200150-000420

Direction de l'information légale et administrative

ISSN 2266-145X
