



©rcfotostock - stock.adobe.com



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE L'INSERTION**
**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

2021-41

23 octobre 2021

Bulletin officiel Conventions collectives

Fascicule n° 2021-41 du 23 octobre 2021

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion	3
Ministère de l'agriculture et de l'alimentation	[*]

[*] Aucun texte du ministère de l'agriculture et de l'alimentation dans le *BO* n° 2021-41.

Conventions collectives

Sommaire du fascicule n° 2021-41 du 23 octobre 2021

Conventions, avenants et accords

	Pages
Aide, soins et services à domicile : avenant n° 49-2021 du 1 ^{er} juillet 2021 relatif au CDI, à la démission et au travail de nuit	4
Biologie médicale (laboratoires extrahospitaliers) : accord du 9 juillet 2021 relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé	9
Biologie médicale (laboratoires extrahospitaliers) : avenant du 9 juillet 2021 relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé.....	27
Bricolage : avenant n° 1 du 14 septembre 2021 à l'accord du 6 octobre 2020 relatif à la formation professionnelle	35
Bricolage : avenant n° 1 du 14 septembre 2021 à l'accord du 6 octobre 2020 relatif à la mise en œuvre du dispositif de reconversion ou de promotion par l'alternance (Pro-A)..	38
Dentaires (laboratoires de prothèses) : protocole d'accord du 10 septembre 2021 relatif à l'actualisation de la convention collective (annexe I).....	43
Médicaux (cabinets) : avenant n° 81 du 8 juillet 2021 relatif à la reconversion ou promotion par l'alternance (Pro-A).....	47
Médicaux (cabinets) : avenant n° 82 du 30 septembre 2021 relatif aux salaires	57
Retraite complémentaire AGIRC-ARRCO : avenant n° 1 du 22 juillet 2021 à l'accord national interprofessionnel du 10 mai 2019 relatif à la retraite complémentaire AGIRC ARRCO	60
Sécurité sociale (organismes [agents de direction]) : protocole d'accord du 13 juillet 2021 étendant aux agents de direction les dispositions de l'avenant du 13 juillet 2021 modifiant le protocole d'accord du 24 décembre 1993 relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance	64
Sécurité sociale (organismes [praticiens conseils]) : protocole d'accord du 13 juillet 2021 étendant aux praticiens conseils les dispositions de l'avenant du 13 juillet 2021 modifiant le protocole d'accord du 24 décembre 1993 relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance.....	66
Sécurité sociale (organismes [personnels]) : avenant du 13 juillet 2021 modifiant le protocole d'accord du 24 décembre 1993 relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance	68
Télédiffusion (salariés et employés sous contrat à durée déterminée d'usage) : accord du 15 septembre 2021 relatif aux salaires à compter du 1 ^{er} octobre 2021.....	71

Brochure n° 3381 | Convention collective nationale

IDCC : 2941 | **AIDE, ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES À DOMICILE (BAD)**

Avenant n° 49-2021 du 1^{er} juillet 2021
relatif au CDI, à la démission et au travail de nuit

NOR : ASET2150971M

IDCC : 2941

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

FNAAFP CSF ;

UNADMR ;

USB ;

UNA ;

ADEDOM,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNAS FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

L'avenant n° 43-2020 remplace, dans son intégralité, les dispositions du titre III de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, relatif à la classification des emplois et au système de rémunération.

Il convient de mettre à jour certains articles de la convention collective qui font référence à la classification selon les catégories A, B, C, D... lesquelles ont été remplacées par les degrés 1 et 2 et les catégories employés, techniciens-agents de maîtrise et cadres.

Par ailleurs les modalités de calcul de l'indemnité de licenciement, prévues à l'article 26.1 du titre IV, sont mises en conformité avec les dispositions du décret n° 2017-1398 du 25 septembre 2017.

Les parties signataires du présent avenant ont décidé des dispositions suivantes :

Article 1^{er}

Les articles 16.1, 26.1 et 27 du titre IV, 26 et 47 du titre V de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) sont remplacés par :

« Titre IV

Article 16.1 | *Pour les salariés en contrat à durée indéterminée*

La durée de la période d'essai est établie en fonction de la catégorie du salarié, quelle que soit sa filière :

- catégorie employé : 1 mois renouvelable une fois ;
- catégorie technicien-agent de maîtrise : 2 mois renouvelable une fois ;
- catégorie cadre : 3 mois renouvelable une fois.

La période d'essai et la possibilité de la renouveler ne se présument pas. Elles sont expressément stipulées dans le contrat de travail.

Pendant la période d'essai, chacune des parties peut rompre le contrat sans indemnité.

Lorsqu'il est mis fin, par l'employeur, au contrat en cours ou au terme de la période d'essai, le salarié est prévenu dans un délai qui ne peut être inférieur à :

- vingt-quatre heures en deçà de 8 jours de présence ;
- quarante-huit heures entre 8 jours et 1 mois de présence ;
- deux semaines après 1 mois de présence ;
- un mois après 3 mois de présence.

La période d'essai, renouvellement inclus, ne peut être prolongée du fait de la durée du délai de prévenance.

Lorsqu'il est mis fin à la période d'essai par le salarié, celui-ci respecte un délai de prévenance de 48 heures. Ce délai est ramené à 24 heures si la durée de présence du salarié dans l'entreprise est inférieure à 8 jours.

En cas d'embauche dans l'entreprise à l'issue d'un stage intégré à un cursus pédagogique réalisé lors de la dernière année d'études, la durée de ce stage est déduite de la période d'essai, sans que cela ait pour effet de réduire cette dernière de plus de la moitié. »

« Titre IV

Article 26.1 | *Contrat à durée indéterminée*

a) Préavis

Dans le cas d'un licenciement sauf en cas de faute grave ou lourde, le préavis est de :

- catégorie employé :
 - une semaine de date à date pour le personnel ayant moins de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise ;
 - un mois de date à date entre 6 mois et 2 ans ;
 - deux mois de date à date au-delà de 2 ans ;
- catégorie technicien - agent de maîtrise :
 - un mois de date à date pour le personnel ayant moins de 2 ans d'ancienneté dans l'entreprise ;
 - deux mois de date à date au-delà de 2 ans ;

- catégorie cadre :
 - deux mois de date à date pour le personnel ayant moins de 2 ans d’ancienneté dans l’entreprise ;
 - quatre mois de date à date au-delà de 2 ans.

Si, à l’initiative de l’employeur, le salarié est dispensé de travailler pendant la durée du préavis, le salaire lui est maintenu.

Pendant la période de préavis, le salarié licencié bénéficie pour la recherche d’un emploi de 2 heures par jour travaillé ou d’une journée entière par semaine de travail. Ce temps est accordé de la façon suivante :

- en totalité lorsqu’il s’agit d’un emploi à temps plein, c’est-à-dire d’un horaire égal à 35 heures par semaine ou 151,67 heures par mois ;
- *pro rata temporis* lorsqu’il s’agit d’un emploi à temps partiel, c’est-à-dire d’un horaire inférieur à 35 heures par semaine, sans que le temps accordé puisse être inférieur à une heure par semaine.

Le décompte du temps de travail s’effectue sur la période de trois mois qui précède la notification du licenciement.

Les heures ainsi accordées ne sont rémunérées qu’en cas de licenciement, sauf en cas de faute grave ou de faute lourde.

Dans le cas où l’une ou l’autre des parties ne respecte pas le préavis, elle encourt d’être condamnée par voie judiciaire au paiement d’une indemnité égale à la rémunération du préavis non effectué sauf cas contraires prévus par les dispositions réglementaires ou accord entre les parties.

b) Indemnité de licenciement

Le salarié licencié perçoit, sauf en cas de faute grave ou lourde et sous réserve de compter 8 mois d’ancienneté ininterrompus au service du même employeur, une indemnité de licenciement calculée de la manière suivante :

- un quart de mois de salaire par année d’ancienneté pour les années jusqu’à 10 ans ;
- un tiers de mois de salaire par année d’ancienneté pour les années à partir de 10 ans.

Le salaire à prendre en considération pour le calcul de l’indemnité est le 12^e de la rémunération brute des 12 derniers mois précédant le licenciement ou, selon la formule la plus avantageuse pour l’intéressé, le tiers 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*.

c) Solde de tout compte

Le solde de tout compte, établi par l’employeur et dont le salarié lui donne reçu, fait l’inventaire des sommes versées au salarié lors de la rupture du contrat de travail. Le reçu pour solde de tout compte peut être dénoncé dans les 6 mois qui suivent sa signature, délai au-delà duquel il devient libératoire pour l’employeur pour les sommes qui y sont mentionnées. »

« Titre IV

Article 27 | *Démission*

En cas de démission d’un salarié, la durée du préavis est de :

- catégorie employé :
 - une semaine de date à date pour le personnel ayant moins de 6 mois d’ancienneté dans l’entreprise ;

- un mois de date à date entre 6 mois et 2 ans ;
- deux mois de date à date au-delà de 2 ans ;
- catégorie technicien-agent de maîtrise :
 - un mois de date à date pour le personnel ayant moins de 2 ans d’ancienneté dans l’entreprise ;
 - deux mois de date à date au-delà de 2 ans ;
- catégorie cadre :
 - deux mois de date à date pour le personnel ayant moins de 2 ans d’ancienneté dans l’entreprise ;
 - quatre mois de date à date au-delà de 2 ans.

Si, à l’initiative de l’employeur, le salarié est dispensé de travailler pendant la durée du préavis, le salaire lui est maintenu.

Pendant la période de préavis, le salarié démissionnaire bénéficie pour la recherche d’un emploi de 2 heures par jour travaillé ou d’une journée entière par semaine de travail. Ce temps est accordé de la façon suivante :

- en totalité lorsqu’il s’agit d’un emploi à temps plein, c’est-à-dire d’un horaire égal à 35 heures par semaine ou 151,67 heures par mois ;
- *pro rata temporis* lorsqu’il s’agit d’un emploi à temps partiel, c’est-à-dire d’un horaire inférieur à 35 heures par semaine, sans que le temps accordé puisse être inférieur à 1 heure par semaine.

Le décompte du temps de travail s’effectue sur la période de 3 mois qui précède la notification de la démission.

Les heures ainsi accordées ne sont pas rémunérées.

Dans le cas où l’une ou l’autre des parties ne respecte pas le préavis, elle encourt d’être condamnée par voie judiciaire au paiement d’une indemnité égale à la rémunération du préavis non effectué sauf cas contraires prévus par les dispositions réglementaires ou accord entre les parties. »

« Titre V

Article 26 | *Définition du travailleur de nuit*

Est travailleur de nuit et se voit donc appliquer les dispositions relatives au travailleur de nuit définies dans le présent chapitre :

- tout salarié qui accomplit, au moins 2 fois par semaine, selon son horaire de travail habituel, au moins 3 heures de son temps de travail quotidien durant la période de nuit définie à l’article V .25 ;
- tout salarié qui vient à accomplir un nombre minimal de 78 heures de travail de nuit par mois en moyenne sur 6 mois.

Les salariés dont l’emploi contribue à veiller au bien-être physique et moral, à la santé, à l’hygiène des personnes aidées à leur domicile peuvent être affectés à un poste de travail de nuit.

Les travailleurs de nuit sont des salariés dont l’emploi relève *a minima* de l’échelon 2 de la catégorie employé degré 1 des emplois définis dans le titre III. »

« Titre V

Article 47 | *Salariés concernés*

Les dispositions du présent accord ne peuvent concerner que les salariés exerçant principalement les activités suivantes :

- garde d’enfants à domicile ;

- accueil périscolaire ;
- centre de loisirs sans hébergement ;
- petit jardinage et petit bricolage.

En effet, les emplois relatifs à ce type d'activités sont susceptibles de comporter des périodes travaillées et des périodes non travaillées.

Ainsi, sont susceptibles de conclure des CDI les salariés des catégories employé et techniciens-agent de maîtrise, telles que définies au titre III du présent texte et exerçant notamment les fonctions suivantes :

- agent à domicile/employé à domicile/auxiliaire de vie ;
- agent polyvalent ;
- auxiliaire de puériculture ;
- éducateur de jeunes enfants. »

Article 2 | Annexe de la convention collective

L'annexe intitulée « Règles de reclassement de l'accord du 29 mars 2002 » est retirée de la convention collective.

Article 3 | Autres dispositions de la convention collective

Les autres dispositions non visées aux articles précédents restent inchangées.

Article 4 | Durée de l'avenant

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Article 5 | Date d'entrée en vigueur. Agrément

L'avenant prendra effet au plus tôt à la date d'entrée en vigueur de l'avenant n° 43, et sous réserve de son agrément, conformément aux dispositions de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article 6 | Extension

Les partenaires sociaux demandent également l'extension du présent avenant.

Par nature, l'avenant s'applique à l'ensemble des structures de la branche, quelle que soit leur taille, y compris celles employant moins de 50 salariés.

Fait à Paris, le 1^{er} juillet 2021.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3114 | Convention collective nationale

IDCC : **959** | **LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE
EXTRAHOSPITALIERS**

Accord du 9 juillet 2021

relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé

NOR : ASET2150986M

IDCC : 959

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

SDB,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a prévu la généralisation pour tous les salariés d'une couverture santé cofinancée par leur employeur à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers se sont réunis en vue de mettre en place un régime collectif et obligatoire de frais de santé au niveau national, à compter du 1^{er} janvier 2022.

Au long de leurs travaux, ils se sont accordés pour mettre en place :

- un régime solidaire sans considération notamment de l'âge et de l'état de santé des bénéficiaires ;
- un régime mutualisé afin de rechercher le meilleur rapport garanties/coût possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime ;
- un régime instituant des garanties plus avantageuses que celles prévues par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, tout en respectant les conditions des articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par un décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
- un régime instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité tel que prévu par l'article L. 912-1 I et IV du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application ;

- un régime piloté paritairement afin d’en assurer la pérennité et la gestion au plus près des intérêts des salariés et des employeurs ;
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

En outre, les partenaires sociaux ont été particulièrement attentifs à la qualité et à la simplicité de la gestion administrative du régime.

À l’issue de ces travaux, les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers ont décidé de mettre en place un régime frais de santé obligatoire, mutualisé, responsable et solidaire au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2022.

En application de l’article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. Les dispositions du présent accord visent à assurer une couverture « frais de santé » à l’ensemble des salariés des entreprises de la branche, quelle que soit la taille des structures qui les emploient.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord qui s’incorpore au sein de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers.

Article 1^{er} | Objet

Le présent accord a pour objet d’instaurer un régime de frais de santé au bénéfice des salariés des entreprises entrant dans le champ d’application professionnel et territorial de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers.

Les dispositions du présent accord prévalent sur les dispositions adoptées au niveau de l’entreprise qu’elles résultent d’un accord collectif au sens de l’article L. 2232-11 du code du travail ou d’un référendum ou d’une décision unilatérale adoptées antérieurement ou postérieurement à la date d’entrée en vigueur du présent accord sauf lorsqu’elles assurent des garanties au moins équivalentes. Cette équivalence des garanties s’apprécie par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

Il en résulte que le dispositif adopté au niveau de l’entreprise, selon l’une ou l’autre des modalités prévues à l’article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, pourra prévoir des améliorations de garanties en augmentant le niveau de celles prévues par le présent accord ou en créant des garanties supplémentaires.

Article 2 | Bénéficiaires du régime frais de santé de branche et dispenses d’affiliation

A. Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime de frais de santé bénéficie obligatoirement à l’ensemble des salariés titulaires d’un contrat de travail, quelle que soit sa nature, des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers dès la date d’effet du présent accord ou dès leur date d’embauché si celle-ci est postérieure.

Par salarié, il faut entendre ceux en activité ainsi que ceux en suspension du contrat de travail dont le régime frais de santé est maintenu selon les conditions et modalités fixées ci-après au G.

B. Dispenses d’affiliation

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime de frais de santé, les salariés ne peuvent se prévaloir, sur demande écrite de leur part et après que l’employeur les ait préalablement informés des conséquences de leur choix, que des cas de dispense de droit visés aux articles L. 911-7, III, 2^e alinéa et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au régime de frais de santé :

- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties :
 - les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
 - les salariés en contrat à durée déterminée, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à trois mois et s'ils justifient bénéficier d'une couverture solidaire et responsable ;
- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures :
 - les salariés bénéficiant de la couverture complémentaire santé solidaire 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 ou de cette aide ;
 - les salariés bénéficiant de prestations servies, au titre d'un autre emploi, y compris en tant qu'ayant droit au titre de l'un des dispositifs suivants :
 - couverture collective et obligatoire ;
 - régime local d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire des IEG ;
 - mutuelles de la fonction publique ;
 - Madelin.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime collectif obligatoire dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations visées aux articles précités et doivent en informer immédiatement leur employeur. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paye.

Bénéficiaire du « versement santé » dans les conditions fixées à l'article L. 911-7-1, I et II du code de la sécurité sociale, les salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à 3 mois et les salariés dont la durée effective du travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine. Le montant du « versement santé » est calculé selon les modalités prévues à l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale.

C. Couverture collective à adhésion facultative des ayants-droit du salarié

Au-delà du régime frais de santé à adhésion obligatoire de la branche, les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers doivent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre leur couverture à leurs ayants droit.

Les salariés peuvent ainsi faire bénéficier leurs ayants-droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes par une adhésion souscrite individuellement et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

Par ayants droit, il convient d'entendre :

- le conjoint du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner :
 - l'époux(se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié par un Pacs : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;

- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins 2 ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;
- les enfants du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin), âgés :
 - de moins de 21 ans, sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28^e anniversaire pour les enfants :
 - poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;
 - poursuivant une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (centre national d'enseignement à distance) ;
 - inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. En outre, les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - quel que soit leur âge si l'enfant est reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Article 3 | Prestations garanties du régime frais de santé de branche

Les prestations du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » détaillées ci-après doivent bénéficier à minima, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaire.

Au-delà des garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers doivent améliorer les prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant à un niveau de garantie supérieur dénommé « option »

Les prestations garanties de l'option sont détaillées ci-après.







Cette option a été définie par les partenaires sociaux et bénéficie de conditions tarifaires privilégiées dans la mesure où elles ont été négociées avec l'organisme assureur recommandé visé ci-après au J.

Les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers devront y souscrire :

- soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative, dans ce cas, la cotisation s'y rapportant est la charge exclusive du salarié ;
- soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire, dans ce dernier cas, les laboratoires devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

Tableau des garanties

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

		BASE OBLIGATOIRE	BASE + OPTION
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
 HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)	Frais de séjour	250% BR	350% BR
	Honoraires		
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BR	350% BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	200% BR
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Par nuitée (y compris maternité)	60 €	80 €
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	25 €	32 €
 DENTAIRE (5) auprès d'un professionnel	Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Bénéficiaire de moins de 16 ans - par nuitée	60 €	80 €
	Forfait maternité (prime de naissance) Non remboursée par la Sécurité sociale	150 €	200 €
	Par enfant		
	Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à payer (11)	sans reste à payer (11)
	Soins		
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100% BR	100% BR
	Soins dentaires avec dépassements dont inlay/onlay	150% BR	200% BR
 OPTIQUE Pour tous les cas de renouvellements y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Parodontologie	TM	TM
	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	300 €	400 €
	Prothèses autres que 100 % Santé		
	dents du sourire (8)	300% BR	350% BR
	dents de fond de bouche (9)	250% BR	300% BR
	inlays cores	150% BR	200% BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)	200 € / dent	400 € / dent
	Implantologie		
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille renouvellement par appareil tous les 4 ans	par implant et par bénéficiaire	300 €	400 €
	Couronne sur implant : dents du sourire (8)	300% BR	350% BR
	Couronne sur implant : dents de fond de bouche (9)	250% BR	300% BR
	Orthodontie (6)		
	Par semestre de traitement et par bénéficiaire	300% BR	350% BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200% BR	250% BR
	Plafond dentaire applicable sur les prothèses autres que 100% Santé (7) (hors soins dentaires et orthodontie)	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.
	Équipement 100 % Santé** (classe A)	Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (12)
 OPTIQUE Pour tous les cas de renouvellements y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	Grille Optique n° 1	Grille Optique n° 2
	Lentilles		
	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	150 € (minima TM)	160 € (minima TM)
	Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 €	120 €
	Chirurgie optique réfractive	Par œil	400 €
			500 €
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe I***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC	
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille renouvellement par appareil tous les 4 ans	Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire
	Bénéficiaire à compter du 21e anniversaire	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire

<div></div> <div>SOINS COURANTS</div> <div>auprès d'un professionnel conventionné ou non</div>	Honoraires médicaux			
	Consultation / visite / consultation en ligne			
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	175% BR
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	230% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	200% BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	175% BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	175% BR
	Honoraires paramédicaux		150% BR	200% BR
	Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes			
	Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR
	Matériel médical		100% BR + 400 €/an / bénéficiaire	100% BR + 500 €/an / bénéficiaire
	Frais de transport sanitaire		100% BR	100% BR
	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (10)			
	Cures thermales		100% BR	200% BR
	Médicaments			
	Médicaments remboursés à 65%		100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 30%		100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 15%		100% BR	100% BR
	Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire		50 €	150 €
	Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire		50 €	120 €
	Médecine additionnelle et de prévention			
	Sur présentation d'une facture originale			
	Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, psychologue, psychothérapeutes		25 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	35 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an
	Diététicien - 16 ans - par an et par bénéficiaire		50 €	80 €
	Ostéodensitométrie osseuse - par an et par bénéficiaire		50 €	110 €
Assistance à domicile		oui	oui	
Plateforme e conseil/devis/réseau		oui	oui	

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. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* 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.

(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 de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

(7) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(8) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

(9) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

(10) 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

(11) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limités de facturation définies aux Conditions générales.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

GRILLES OPTIQUES			Grille optique n°1		Grille optique n°2		
			ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	
Simple	UNIFOCAUX	VU1 (1)	verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries	60,00 €	90,00 €	80,00 €	110,00 €
		VU2	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	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
		VU3	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
Complexe		VU4	verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à +6,00 dioptries	75,00 €	107,50 €	95,00 €	125,00 €
		VU5	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	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
		VU6	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à- 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	95,00 €	125,00 €	120,00 €	140,00 €
		VU7	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
Très Complexe	MULTIFOCAUX	VM1	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre- 4,00 et + 4,00 dioptries	130,00 €	160,00 €	150,00 €	180,00 €
		VM2	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	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		VM3	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		VM4	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de- 4,00 à + 4,00 dioptries	140,00 €	170,00 €	160,00 €	190,00 €
		VM5	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM6	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	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM7	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
Monture			80,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	

Article 4 | Cotisations et répartitions

D. Taux et assiette des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

À titre d'information, pour l'année 2022, les cotisations TTC servant au financement du régime sont fixées et réparties comme suit :

(Voir page suivante.)

	Régime général	
	Base obligatoire	Option facultative pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,62 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,73 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,93 %	+ 0,20 %
* gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant		

	Régime local	
	Base obligatoire	Option facultative pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,13 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,21 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,64 %	+ 0,21 %
* gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant		

	Régime général	
	Base obligatoire	Option obligatoire pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,62 %	+ 0,40 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,73 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,93 %	+ 0,20 %
* gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant		

	Régime local	
	Base obligatoire	Option obligatoire pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,13 %	+ 0,40 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,21 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,64 %	+ 0,21 %
* gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant		

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur. Elles seront revues en cas de changement de ces textes par voie d'avenant au présent accord.

Les taux de cotisations « salarié seul en obligatoire » de la base obligatoire proposés par l'organisme assureur recommandé visé ci-après au J sont maintenus pour les exercices 2023 et 2024, hors évolution réglementaire.

E. Répartition des cotisations

Quel que soit le niveau de garantie frais de santé obligatoire choisi par l'entreprise (niveau « base obligatoire » ou niveau « option ») au minimum 50 % de la cotisation « salarié seul en obligatoire » est prise en charge par l'employeur.

En application du principe de faveur, chaque laboratoire reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Si le salarié demande à bénéficier en sus de sa garantie frais de santé obligatoire du niveau de garantie « option » souscrite par l'employeur dans le cadre d'une adhésion facultative, la cotisation s'y rapportant est à sa charge exclusive.

Le salarié a la possibilité s'il le souhaite et à sa charge exclusive de demander que ses ayants droit tels que définis ci-avant au C, bénéficient du même niveau de garantie que lui (le niveau de couverture des ayants droit est strictement identique à celui dont bénéficie le salarié). Les

cotisations « affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin » et « affiliation facultative enfant » mentionnées dans les tableaux ci-dessus sont à la charge exclusive du salarié.

F. Cas du laboratoire de biologie médicale extra-hospitalier ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1^{er} janvier 2022

En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'employeur devra s'assurer que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime frais de santé de branche.

À ce titre, il devra veiller notamment à ce que :

- chaque salarié présent et futur soit couvert (absence de condition d'ancienneté et bénéficiaire des dispenses de droit mentionnées ci-avant au B ;
- la couverture d'entreprise doit être solidaire et responsable ;
- chaque prestation garantie, acte par acte, de la couverture d'entreprise soit supérieure ou égale aux prestations de la base obligatoire ;
- le régime d'entreprise devra proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre les garanties du salarié à ses ayants droit et pour améliorer la couverture des bénéficiaires ;
- la participation patronale du régime collectif d'entreprise devra être au moins égale à 50 % de la cotisation « salarié seul en obligatoire » (fixée ci-avant dans D), soit au moins égale à 1,62 % du PMSS en vigueur pour le régime général et 1,13 % du PMSS pour le régime local. Cette disposition s'applique lorsque le régime collectif d'entreprise présente soit des prestations strictement identiques (à celles du niveau « base obligatoire » visées ci-avant au III) soit des prestations garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties, à celles du niveau « base obligatoire » visées ci-avant au III. Si la cotisation totale prévue par le régime obligatoire d'entreprise pour le salarié seul est supérieure à celle figurant ci-avant dans D, soit supérieure à 1,62 % du PMSS en vigueur pour le régime général et à 1,13 % du PMSS en vigueur pour le régime local pour la base obligatoire pour :
 - des garanties strictement identiques à celles du niveau « base obligatoire » visées ci-avant au III, la part supplémentaire de cotisation est entièrement due par l'employeur ;
 - des garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties à celles du niveau « base obligatoire » visées ci-avant au III, la part supplémentaire de cotisation est entièrement due par l'employeur ;
- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions du 5° ci-après concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés.

Article 5 | *Maintien et conditions de suspension de la garantie frais de santé du régime de branche*

G. Conditions et modalités du maintien des garanties du régime frais de santé de branche en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture base obligatoire et, le cas échéant, à la couverture optionnelle est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de Sécurité sociale ainsi que d'un revenu de remplacement à la charge de l'employeur.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants-droit du salarié bénéficiaire, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture base obligatoire et, le cas échéant, de la couverture optionnelle.

Dans une telle hypothèse, le laboratoire de biologie médicale extra-hospitaliers verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés, et le cas échéant la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

En cas de suspension du contrat de travail avec absence de maintien de salaire, le salarié peut demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier du régime de frais de santé pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue par le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié qui doit la verser directement à l'organisme assureur.

H. Maintien temporaire des garanties du régime frais de santé de branche aux anciens salariés et ses ayants droit : article L. 911-8 du code de la sécurité sociale dénommé dispositif de « portabilité santé »

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture base obligatoire et, le cas échéant, au titre de la couverture « option » souscrite dans un cadre collectif obligatoire ou dans un cadre collectif facultatif, bénéficient du maintien à titre gratuit – c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation – de ces couvertures en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

1° Le maintien de la couverture est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

5° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien temporaire visé ci-avant est applicable dans les mêmes conditions aux ayants-droit du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

I. Maintien à l'identique des garanties du régime frais de santé de branche : article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin »

Tout organisme assureur doit maintenir la couverture collective frais de santé dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi « Évin » et rappelées ci-après.

Ce maintien s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement ses ayants-droit au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au H.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur choisi dans un délai de 6 mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au H.

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale de 1 an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et sans contrepartie de cotisation.

Sous réserve d'en être informé par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au H ou du décès du salarié.

Les résultats techniques afférents à ces maintiens à l'identique seront présentés à la commission paritaire nationale de la branche.

Par ailleurs dans l'éventualité où l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier d'un maintien à l'identique, des formules dites « d'accueil » standard pourront lui être proposées par l'organisme assureur.

À titre informatif, les cotisations proposées par l'organisme recommandé ci-après au J pour les anciens salariés et bénéficiaires sont les suivantes :

(Voir page suivante.)

Régime Général			Base	Option (Yc base)
Loi Evin	Conjoint de salarié décédé		1,73%	2,16%
	Conjoint		1,62%	2,02%
	Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage)	Ancien salarié - année 1	1,62%	2,02%
		Ancien salarié - année 2	2,03%	2,52%
		Ancien salarié - année 3	2,43%	3,03%
		Ancien salarié - année 4	À déterminer en fonction de l'équilibre du régime	
	Enfant		0,93%	1,13%

Régime Local		Base	Option (Yc base)
Loi Evin	Conjoint de salarié décédé	1,21%	1,64%
	Conjoint	1,13%	1,53%
	Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage)	Ancien salarié - année 1	1,13%
		Ancien salarié - année 2	1,41%
		Ancien salarié - année 3	1,70%
		Ancien salarié - année 4	À déterminer en fonction de l'équilibre du régime
	Enfant	0,64%	0,85%

Une partie des bénéficiaires voit leur cotisation réduite par rapport aux dispositions légales grâce à la solidarité mise en œuvre par le régime frais de santé de la branche.

Article 6 | La mutualisation du régime frais de santé de la branche

J. Organisme assureur recommandé

Pour permettre la couverture des garanties prévues dans le présent article ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties, les partenaires sociaux ont décidé à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale de recommander l'organisme assureur suivant :

- Uniprévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, ayant son siège 10, rue Massue, 94300 Vincennes.

L'organisme assureur recommandé propose aux employeurs la souscription de contrats d'assurance négociés par les partenaires sociaux et conforme aux obligations déterminées dans le présent article.

Conformément aux dispositions légales, l'employeur remettra contre décharge à chaque salarié bénéficiaire une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur choisi, décrivant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

K. Réexamen de la recommandation

Le principe et les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent article, soit pour le 1^{er} janvier 2027. À cette fin, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) se réunira spécialement au plus tard 6 mois avant cette échéance.

Article 7 | Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité du régime frais de santé de branche

Le régime frais de santé de branche prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1, I et IV du code de la sécurité sociale et comprend à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

L. Mutualisation des actions de prévention et des prestations d'action sociale

Les partenaires sociaux prévoient de mettre en œuvre une mutualisation des actions de prévention et des prestations d'action sociale, qui viennent, le cas échéant, s'ajouter à celles des organismes assureurs (notamment par une action sociale institutionnelle).

Sont définies des actions de prévention et des prestations d'action sociale dans les conditions définies par l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux prévoient :

- de mettre en place des prestations d'action sociale à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution suivant des critères définis par l'accord d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux ;
- de mettre en place des actions collectives de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres à la branche et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer ;
- la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de certaines catégories de salariés dont la situation le justifie particulièrement.

Ces actions de prévention et ces prestations d'action sociale sont gérées de manière mutualisée.

À cet effet, conformément aux dispositions du 3^o de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux décident qu'à compter de la date d'application du présent accord un fonds nommé « fonds de solidarité laboratoires de biologie médicale » commun à l'ensemble

des entreprises de la branche (y compris celles n'ayant pas rejoint l'organisme assureur recommandé par le présent accord) sera créé afin de financer les prestations et actions et percevoir les ressources mutualisées définies par le présent accord.

Ce fonds est piloté par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) qui établit le règlement relatif aux modalités de gestion des prestations proposées dans le cadre du fonds de solidarité.

Ce règlement prévoira l'ordre prioritaire des différentes actions visées dans la liste ci-dessus et pourra notamment fixer les orientations des actions de prévention ainsi que les conditions et modalités d'attribution des prestations d'action sociale.

M. Gestionnaire du fonds de solidarité

Les partenaires sociaux ont décidé à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale de choisir comme organisme gestionnaire du fonds de solidarité :

- Uniprévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, ayant son siège 10, rue Massue, 94300 Vincennes.

Le choix de l'organisme gestionnaire du « fonds de solidarité laboratoires de biologie médicale » sera réexaminé lors du nouvel examen de l'organisme assureur prévu au J.

N. Financement du fonds de solidarité

Le fonds de solidarité est financé :

- pour les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers ayant choisi l'organisme assureur recommandé mentionné au J : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations hors taxes « salarié seul en obligatoire » de la base obligatoire définies au D ci-avant ;
- pour les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers n'ayant pas choisi l'organisme assureur recommandé mentionné au J : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations hors taxes « salarié seul en obligatoire » de la base obligatoire définies au D ci-avant. Cet organisme sera ensuite chargé de les reverser de façon globale et annuellement au fonds de solidarité défini par le 7° du présent accord.

Le versement des 2 % au fonds de solidarité par les organismes assureurs devra avoir lieu 2 mois, au plus tard, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Article 8 | Date d'effet et durée de l'accord

Le présent accord prend effet le 1^{er} janvier 2022 pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers rentrant dans son champ d'application.

Il est conclu pour une durée déterminée de 5 ans.

Il sera déposé aux services du ministère en vue de son extension avec les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence dont le liste est fixée par arrêté ministériel (art. D. 912-13 du code de la sécurité sociale).

Fait à Paris, le 9 juillet 2021.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3114 | Convention collective nationale

IDCC : **959** | **LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE
EXTRAHOSPITALIERS**

Avenant du 9 juillet 2021

relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé

NOR : ASET2150985M

IDCC : 959

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

SDB,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

Pharmacie LABM FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a prévu la généralisation pour tous les salariés d'une couverture santé cofinancée par leur employeur à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers se sont réunis en vue de mettre en place un régime collectif et obligatoire de frais de santé au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2022.

Au long de leurs travaux, ils se sont accordés pour mettre en place :

- un régime instituant des garanties plus avantageuses que celles prévues par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, tout en respectant les conditions des articles R. 871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par un décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

À l'issue de ces travaux, les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers ont décidé de mettre en place un régime frais de santé obligatoire au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2022.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. Les dispositions du présent avenant visent à assurer une couverture « frais de santé » à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, quelle que soit la taille des structures qui les emploient.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui révisé intégralement l'article 26 *bis* « Régime de complémentaire santé » de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers du 3 février 1978.

Article 1^{er}

L'article 26 *bis* « Régime de complémentaire santé » de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers du 3 février 1978 est désormais libellé comme suit :

« 1° Hiérarchie des normes et accords d'entreprise

Les dispositions du présent article prévalent sur les dispositions adoptées au niveau de l'entreprise qu'elles résultent d'un accord collectif au sens de l'article L. 2232-11 du code du travail ou d'un référendum ou d'une décision unilatérale adoptées antérieurement ou postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent article sauf lorsqu'elles assurent des garanties au moins équivalentes. Cette équivalence des garanties s'apprécie par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

Il en résulte que le dispositif adopté au niveau de l'entreprise, selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, pourra prévoir des améliorations de garanties en augmentant le niveau de celles prévues par le présent article ou en créant des garanties supplémentaires.

2° Bénéficiaires du régime frais de santé de branche et dispenses d'affiliation

A. Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime de frais de santé bénéficie obligatoirement à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail, quelle que soit sa nature, des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers dès la date d'effet du présent article ou dès leur date d'embauché si celle-ci est postérieure.

Par salarié, il faut entendre ceux en activité ainsi que ceux en suspension du contrat de travail dont le régime frais de santé est maintenu selon les conditions et modalités fixées ci-après au D.

B. Dispenses d'affiliation

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime de frais de santé, les salariés ne peuvent se prévaloir, sur demande écrite de leur part et après que l'employeur les ait préalablement informés des conséquences de leur choix, que des cas de dispense de droit visés aux articles L. 911-7, III, 2^e alinéa et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au régime de frais de santé :

- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties :
 - les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
 - les salariés en contrat à durée déterminée, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à 3 mois et s'ils justifient bénéficier d'une couverture solidaire et responsable ;

- s’ils en ont fait la demande au moment de l’embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures :
- les salariés bénéficiant de la couverture complémentaire santé solidaire 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 ou de cette aide ;
- les salariés bénéficiant de prestations servies, au titre d’un autre emploi, y compris en tant qu’ayant droit au titre de l’un des dispositifs suivants :
 - couverture collective et obligatoire ;
 - régime local d’Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire des IEG ;
 - mutuelles de la fonction publique ;
 - Madelin.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime collectif obligatoire dès qu’ils cessent de se trouver dans l’une des situations visées aux articles précités et doivent en informer immédiatement leur employeur. Dans tous les cas, l’employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l’employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l’employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d’affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paye.

Bénéficiaire du « versement santé » dans les conditions fixées à l’article L. 911-7-1, I et II du code de la sécurité sociale, les salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à 3 mois et les salariés dont la durée effective du travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à quinze heures par semaine. Le montant du « versement santé » est calculé selon les modalités prévues à l’article D. 911-8 du code de la sécurité sociale.

C. Couverture collective à adhésion facultative des ayants-droit du salarié

Au-delà du régime frais de santé à adhésion obligatoire de la branche, les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers doivent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre leur couverture à leurs ayants droit.

Les salariés peuvent ainsi faire bénéficier leurs ayants-droit du même niveau de garantie qu’eux-mêmes par une adhésion souscrite individuellement et donnant lieu au versement d’une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

3° Prestations garanties du régime frais de santé de branche

Les prestations du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » détaillées ci-après doivent bénéficier à minima, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaire.

Au-delà des garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers doivent améliorer les prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant à un niveau de garantie supérieur dénommé « option »

Les prestations garanties de l’option sont détaillées ci-après.



Les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers devront y souscrire :


- soit dans le cadre d’une adhésion collective facultative ; Dans ce cas, la cotisation s’y rapportant est la charge exclusive du salarié.


- soit dans la cadre d'une adhésion collective obligatoire. Dans ce dernier cas, les laboratoires devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).


Tableau des garanties

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

		BASE OBLIGATOIRE	BASE + OPTION
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
 H HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)	Frais de séjour	250% BR	350% BR
	Honoraires		
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BR	350% BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	200% BR
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Par nuitée (y compris maternité)	60 €	80 €
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	25 €	32 €
 DENTAIRE (5) auprès d'un professionnel	Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Bénéficiaire de moins de 16 ans - par nuitée	60 €	80 €
	Forfait maternité (prime de naissance) Non remboursée par la Sécurité sociale	150 €	200 €
	Par enfant		
	Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à payer (11)	sans reste à payer (11)
	Soins		
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100% BR	100% BR
	Soins dentaires avec dépassements dont inlay/onlay	150% BR	200% BR
	Parodontologie	TM	TM
	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	300 €	400 €
	Prothèses autres que 100 % Santé		
	dents du sourire (8)	300%BR	350%BR
	dents de fond de bouche (9)	250%BR	300%BR
	Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et prothèses dentaires à tarifs libres		
	inlays cores	150% BR	200% BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)	200 € / dent	400 € / dent
	Implantologie		
	par implant et par bénéficiaire	300 €	400 €
	Couronne sur implant : dents du sourire (8)	300%BR	350%BR
	Couronne sur implant : dents de fond de bouche (9)	250%BR	300%BR
	Orthodontie (6)		
	Par semestre de traitement et par bénéficiaire	300% BR	350% BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200% BR	250% BR
	Plafond dentaire applicable sur les prothèses autres que 100% Santé (7) (hors soins dentaires et orthodontie)	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux			
	Consultation / visite / consultation en ligne			
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	175% BR
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	230% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	200% BR
	Actes techniques médicaux		170% BR	200% BR
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	175% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR
	Actes d'imagerie médicale		150% BR	175% BR
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	175% BR
	Honoraires paramédicaux Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes		150% BR	200% BR
	Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR
	Matériel médical Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique		100% BR + 400 € / an / bénéficiaire	100% BR + 500 € / an / bénéficiaire

<div></div> <div>OPTIQUE Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales</div>	Équipement 100 % Santé** (classe A)		Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)			Grille Optique n° 1	Grille Optique n° 2
	Lentilles				
		Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	150 € (minima TM)	160 € (minima TM)
				100 €	120 €
Chirurgie optique réfractive			Par oeil	400 €	500 €

 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille renouvellement par appareil tous les 4 ans	Équipement 100 % Santé** (classe I***)			sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe I***)		Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC		
			Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire
			Bénéficiaire à compter du 21e anniversaire	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire

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. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* 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.

(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 concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

(7) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(8) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

(9) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

(10) 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

(11) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

GRILLES OPTIQUES			Grille optique n°1		Grille optique n°2		
			ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	
Simple	UNIFOCAUX	VU1 (1)	verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries	60,00 €	90,00 €	80,00 €	110,00 €
		VU2	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	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
		VU3	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
Complexe	UNIFOCAUX	VU4	verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à +6,00 dioptries	75,00 €	107,50 €	95,00 €	125,00 €
		VU5	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	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
		VU6	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à- 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	95,00 €	125,00 €	120,00 €	140,00 €
		VU7	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
Très Complexe	MULTIFOCAUX	VM1	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre- 4,00 et + 4,00 dioptries	130,00 €	160,00 €	150,00 €	180,00 €
		VM2	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	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		VM3	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
	MULTIFOCAUX	VM4	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de- 4,00 à + 4,00 dioptries	140,00 €	170,00 €	160,00 €	190,00 €
		VM5	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM6	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	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM7	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
Monture			80,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	

4° Répartitions des cotisations

Quel que soit le niveau de garantie frais de santé obligatoire choisi par l'entreprise (niveau « base obligatoire » ou niveau « option ») au minimum 50 % de la cotisation « salarié seul en obligatoire » est prise en charge par l'employeur.

En application du principe de faveur, chaque laboratoire reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Si le salarié demande à bénéficier en sus de sa garantie frais de santé obligatoire du niveau de garantie « option » souscrite par l'employeur dans le cadre d'une adhésion facultative, la cotisation s'y rapportant est à sa charge exclusive.

Le salarié a la possibilité s'il le souhaite et à sa charge exclusive de demander que ses ayants droit tels que définis ci-avant au C, bénéficient du même niveau de garantie que lui (le niveau de couverture des ayants droit est strictement identique à celui dont bénéficie le salarié). Les cotisations afférentes aux ayants droit sont à la charge exclusive du salarié.

5° Cas du laboratoire de biologie médicale extra-hospitalier ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1^{er} janvier 2022

En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'employeur devra s'assurer que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime frais de santé de branche.

À ce titre, il devra veiller notamment à ce que :

- chaque salarié présent et futur soit couvert (absence de condition d'ancienneté et bénéficiaire des dispenses de droit mentionnées ci-avant au B) ;
- la couverture d'entreprise doit être solidaire et responsable ;

- chaque prestation garantie, acte par acte, de la couverture d'entreprise soit supérieure ou égale aux prestations de la base obligatoire ;
- le régime d'entreprise devra proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre les garanties du salarié à ses ayants droit et pour améliorer la couverture des bénéficiaires ;
- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions du 6° ci-après concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés.

6° Maintien et conditions de suspension de la garantie frais de santé du régime de branche

D. Conditions et modalités du maintien des garanties du régime frais de santé de branche en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture base obligatoire et, le cas échéant, à la couverture optionnelle est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale ainsi que d'un revenu de remplacement à la charge de l'employeur.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants-droit du salarié bénéficiaire, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture base obligatoire et, le cas échéant, de la couverture optionnelle.

Dans une telle hypothèse, le laboratoire de biologie médicale extra-hospitaliers verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés, et le cas échéant la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

En cas de suspension du contrat de travail avec absence de maintien de salaire, le salarié peut demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier du régime de frais de santé pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue par le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié qui doit la verser directement à l'organisme assureur.

E. Maintien temporaire des garanties du régime frais de santé de branche aux anciens salariés et ses ayants droit : article L. 911-8 du code de la sécurité sociale dénommé dispositif de « portabilité santé »

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture base obligatoire et, le cas échéant, au titre de la couverture « option » souscrite dans un cadre collectif obligatoire ou dans un cadre collectif facultatif, bénéficient du maintien à titre gratuit c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation de ces couvertures en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

1. Le maintien de la couverture est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette

durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2. Le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

5. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien temporaire visé ci-avant est applicable dans les mêmes conditions aux ayants-droit du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

F. Maintien à l'identique des garanties du régime frais de santé de branche : article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin »

Tout organisme assureur doit maintenir la couverture collective frais de santé dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi « Évin » et rappelées ci-après.

Ce maintien s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement ses ayants-droit au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au E.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur choisi dans un délai de six mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au E.

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale d'un an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et sans contrepartie de cotisation.

Sous réserve d'en être informé par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au E ou du décès du salarié.

Article 2 | Date d'effet. Durée

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2022 pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers rentrant dans son champ d'application.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il sera déposé aux services du ministère en vue de son extension avec les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence dont la liste est fixée par arrêté ministériel (art. D.912-13 du code de la sécurité sociale).

Fait à Paris, le 9 juillet 2021.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3232 | Convention collective nationale

IDCC : 1606 | **BRICOLAGE**
(Vente au détail en libre-service)

Avenant n° 1 du 14 septembre 2021

à l'accord du 6 octobre 2020
relatif à la formation professionnelle

NOR : ASET2150979M

IDCC : 1606

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

FMB,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNECS CFE-CGC :

CFDT services,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} | Objet et champ d'application de l'avenant

Le présent accord est un avenant de révision à l'accord de branche du 6 octobre 2020 relatif à la formation professionnelle et a pour objet de compléter et de préciser l'accord initial afin d'en faciliter la lecture, notamment suite à certaines réserves de son arrêté d'extension du 2 avril 2021, publié au *Journal officiel* du 13 avril 2021.

Le champ d'application du présent avenant est celui de la convention collective nationale du bricolage défini à l'article 1^{er} de ladite convention.

Article 2 | Modification de l'article 5.2.2 « Contrat de professionnalisation »

L'article 5.2.2 de l'accord du 6 octobre 2020 relatif à la formation professionnelle est remplacé par les dispositions ci-après et désormais rédigé comme suit :

« 5.2.2. Le contrat de professionnalisation

Les signataires souhaitent promouvoir une politique ouverte et rester le plus large possible pour permettre aux entreprises de développer l'alternance en fonction de leurs besoins réels de formation.

L'objectif du contrat de professionnalisation, régi aux articles L. 6325-1 et suivants du code du travail en vigueur actuellement, est de permettre à leurs bénéficiaires

d'acquérir une qualification ou une certification et de favoriser leur insertion ou réinsertion professionnelle dans le cadre d'un contrat de travail.

Les formations visées par le contrat de professionnalisation sont les suivantes :

- les diplômes ou titre ou certificat professionnel inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ;
- les certificats de qualification professionnelle de la branche du bricolage ou le certificat de qualification professionnelle interbranche ;
- les qualifications reconnues dans les classifications de la convention collective nationale de branche.

Tout jeune âgé de 16 à 25 ans révolus (29 ans pour les demandeurs d'emplois), ayant achevé sa formation initiale, peut la compléter par un contrat de professionnalisation.

Le contrat de professionnalisation est également ouvert à des publics prioritaires, bénéficiaires :

- du RSA (revenu de solidarité active) ;
- de l'ASS (allocation de solidarité spécifique) ;
- de l'AAH (allocation aux adultes handicapés) ;
- d'un contrat unique d'insertion (CUI) ;
- et de l'API (allocation de parent isolé) dans les DOM et à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le contrat de professionnalisation est un contrat de travail en alternance conclu à durée déterminée ou indéterminée avec une action de professionnalisation.

La durée minimale de l'action de professionnalisation est comprise entre 6 et 12 mois.

Elle peut cependant être allongée jusqu'à 36 mois pour les personnes légalement éligibles à un tel allongement en application des articles L. 6325-11 et L. 6325-1-1 du code du travail.

Par ailleurs, les partenaires sociaux, en application de l'article L. 6325-12 du code du travail, conviennent d'allonger la durée de l'action de professionnalisation jusqu'à 24 mois lorsque la nature de la qualification visée l'exige et ceci pour les certifications suivantes :

- les diplômes ou titres professionnels enregistrés dans le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ;
- les certificats de qualification professionnelle (CQP) de la branche du bricolage ou interbranche, dans lesquels la branche est partie prenante ;
- les qualifications reconnues dans les classifications de la convention collective nationale du bricolage.

La durée des actions de positionnement, d'évaluation et d'accompagnement ainsi que les enseignements généraux, professionnels et technologiques en proportion de la durée totale du contrat de professionnalisation (de 15 à 25 % d'un CDD, ou de l'action de professionnalisation d'un CDI) peut être portée en vertu du présent avenant, en application des dispositions de l'article L. 6325-14 du code du travail, à 50 % pour les qualifications ouvrant droit aux possibilités d'allongement jusqu'à 24 ou 36 mois.

L'OPCO prend en charge sur le financement de l'alternance les contrats de professionnalisation. Les signataires laissent la possibilité à la section paritaire professionnelle de définir et de moduler ces prises en charge.

Les signataires rappellent que les salariés titulaires du contrat de professionnalisation perçoivent, pendant la durée du contrat à durée déterminée ou de l'action de professionnalisation du contrat à durée indéterminée, une rémunération qui ne peut être inférieure aux taux réglementaires.

Les signataires souhaitent suivre à l'occasion de la présentation du rapport de branche les données chiffrées suivantes concernant le contrat de professionnalisation :

- le nombre de formés ;
- la durée des contrats ;
- la nature des formations ;
- le type de certification visé ;
- l'obtention de la certification. »

Article 3 | *Durée, effet, entrée en vigueur et révision*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

En application de l'article L. 2261-8 du code du travail, il est rappelé que le présent avenant complète de plein droit l'article 5.2.2 de l'accord de branche du 6 octobre 2020.

Les autres dispositions de cet accord de branche demeurent inchangées.

Il prend effet dans les mêmes conditions que l'accord de branche du 6 octobre 2020, qu'il vise à compléter, dès sa signature, sous réserve de l'exercice du droit d'opposition.

Chaque partie légalement habilitée à engager la procédure de révision et introduisant une demande devra l'accompagner d'un projet sur les points à réviser. Les discussions devront s'engager dans les 30 jours suivant la date de la demande de révision.

Article 4 | *Dépôt et extension*

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du code du travail relatives à « la négociation collective les conventions et accords collectifs du travail » (livre II^e de la partie II). Compte tenu de son objet, le présent avenant ne nécessite pas de dispositions particulières pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Il est fait en nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des organisations signataires et être déposé en deux exemplaires dont un sur support électronique.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant. Le secrétariat de la commission paritaire est mandaté à cet effet (secrétariat CCPNI bricolage, C/O FMB, 5, rue de Maubeuge, 75009 Paris et adresse mail : cppni@fmbricolage.org).

Fait à Paris, le 14 septembre 2021.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3232 | Convention collective nationale

IDCC : 1606 | **BRICOLAGE**
(Vente au détail en libre-service)

Avenant n° 1 du 14 septembre 2021

à l'accord du 6 octobre 2020
relatif à la mise en œuvre du dispositif de reconversion
ou de promotion par l'alternance (Pro-A)

NOR : ASET2150978M

IDCC : 1606

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

FMB,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

CFDT services,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} | Objet et champ d'application de l'avenant

Le présent accord est un avenant de révision à l'accord de branche du 6 octobre 2020 relatif à la mise en œuvre du dispositif de reconversion ou de promotion par l'alternance (Pro-A) et a pour objet de compléter et de préciser l'accord initial afin d'en faciliter la lecture, notamment suite à certaines réserves de son arrêté d'extension du 23 juillet 2021, publié au journal officiel du 5 août 2021.

Le champ d'application du présent avenant est celui de la convention collective nationale du bricolage défini à l'article 1^{er} de ladite convention.

Article 2 | Modification de l'article 2.2 « Durée »

L'article 2.2 de l'accord du 6 octobre 2020 relatif à la mise en œuvre du dispositif de reconversion ou de promotion par l'alternance (Pro-A) est remplacé par les dispositions ci-après et désormais rédigé comme suit :

« 2.2. Durée

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, la durée des actions de reconversion ou de promotion par alternance est comprise entre 6 et 12 mois.

En application de l'article L. 6325-12 du code du travail, les partenaires sociaux conviennent de la possibilité de porter cette durée jusqu'à 24 mois pour les salariés ayant une ancienneté minimale de 6 mois dans l'entreprise, lorsque la nature de la qualification visée l'exige et ceci pour les certifications suivantes dès lors qu'elles sont inscrites à la liste prévue à l'article 3 :

- les diplômes ou titres professionnels enregistrés dans le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ;
- les certificats de qualification professionnelle (CQP) de la branche du bricolage ou interbranche, dans lesquels la branche est partie prenante et enregistrés dans le Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

Pour les publics prioritaires définis à l'article L. 6325-1-1 du code du travail par la loi, la durée de l'action de reconversion ou de promotion par l'alternance peut être allongée jusqu'à 36 mois.

La durée des actions de positionnement, d'évaluation et d'accompagnement ainsi que les enseignements généraux, professionnels et technologiques en proportion de la durée totale de l'action de reconversion ou de promotion par alternance (de 15 à 25 %) peut être portée en vertu du présent avenant, en application des dispositions de l'article L. 6325-14 du code du travail, à 50 % pour les qualifications ouvrant droit aux possibilités d'allongement jusqu'à 24 ou 36 mois.

Aucune durée minimale n'est applicable aux actions d'acquisition du socle de connaissances et de compétences ainsi qu'aux actions de VAE. »

Article 3 | *Modification de l'article 3 « Les certifications concernées par le dispositif "Pro-A" »*

L'article 3 de l'accord du 6 octobre 2020 relatif à la mise en œuvre du dispositif de reconversion ou de promotion par l'alternance (Pro-A) est remplacé par les dispositions ci-après et désormais rédigé comme suit :

« Les parties au présent accord ont mandaté la CPNEFP de la branche pour établir une liste de certifications professionnelles qui figure en annexe du présent accord, ainsi que la justification de ces choix au regard des critères légaux de forte mutation de l'activité et de risque d'obsolescence des compétences.

Elles donnent mandat à la CPNEFP de la branche pour réexaminer au moins une fois par an la liste figurant en annexe et proposer à la CPPNI la signature d'un avenant au présent accord ou d'un nouvel accord collectif de branche pour la faire évoluer si nécessaire, en fonction notamment de l'évolution des certifications et des besoins en compétences des salariés dans le cadre légal et réglementaire du dispositif "Pro-A"

Les certifications professionnelles faisant l'objet d'un avenant ou d'un nouvel accord, tout comme celles qui se substituent à une certification prévue par l'annexe de l'accord existant dans les conditions prévues par son article 3, alinéa 3 doivent répondre aux critères de forte mutation de l'activité et de risque d'obsolescence des compétences, dans le respect de l'article L. 6324-3 du code du travail.

Afin de permettre une actualisation régulière de la liste en annexe 1, les parties prévoient que toute nouvelle certification enregistrée au RNCP qui se substituerait à une certification mentionnée à la présente liste, serait prise en compte dans la liste sous son nouveau numéro de fiche RNCP et sous sa nouvelle appellation. »

Article 4 | **Modification de l'annexe 1 « Liste des certifications éligibles à la "Pro-A" »**

I. À l'annexe 1, il est rajouté la certification suivante, à la dernière ligne du premier tableau pour le métier d'agent logistique

Métier	Sanction	Libellé	Fiche RNCP	Niveau
Agent logistique	CQPI	Agent logistique	34989	3

Cette certification d'agent logistique permet d'éviter l'obsolescence des compétences des salariés :

- dans le domaine de l'optimisation de la chaîne logistique, un des trois domaines identifiés par la branche comme étant un enjeu prioritaire ;
- dans la famille des métiers de la logistique et de la sécurité, une des 4 grandes familles de métiers stratégiques où l'acquisition de compétences nouvelles est nécessaire, domaine et famille de métiers ayant été présentés en annexe 2 de l'accord relatif à la mise en œuvre du dispositif de reconversion ou de promotion par l'alternance (Pro-A) du 6 octobre 2020.

II. À l'annexe 1, certaines certifications figurant dans l'accord du 6 octobre 2020 relatif à la mise en œuvre du dispositif de reconversion ou de promotion par l'alternance (Pro-A) sont devenues inactives et ont changé de numéro de fiche RNCP

Les certifications figurant ci-dessous sont ainsi actualisées selon les modifications du RNCP et sont remplacées par de nouvelles certifications selon les modalités suivantes :

(Voir page suivante.)

Certification actuelle					Remplacée par la certification suivante				
Métier	Sanction	Libellé	RNCP	Niv.	Métier	Sanction	Libellé	RNCP	Niv.
Responsable QSE (qualité, sécurité environnement)	Titre	Responsable qualité sécurité environnement	16325	6	Responsable QSE (qualité, sécurité environnement)	Titre	Responsable qualité sécurité environnement	35433	6
Vendeur en magasin	Titre	Gestionnaire de l'administration des ventes et de la relation commerciale	28662	5	Vendeur en magasin	Titre	Gestionnaire Administration des Ventes	35663	5
Manager/responsable de magasin	Titre	Responsable du développement de l'unité commerciale	26187	6	Manager/responsable de magasin	Titre	Responsable du développement de l'unité commerciale	35754	6
Employé de commerce	CAP	Employé de commerce multi-spécialités	684	3	Employé de commerce	CAP	CAP – Équipier polyvalent du commerce	34947	3
Employé de commerce	Titre	Employé polyvalent du commerce et de la distribution	28736	3	Employé de commerce	Titre	Employé polyvalent du commerce et de la distribution	35010	3
Visual merchandiser	Titre	Visual merchandiser	23651	5	Visual merchandiser	Titre	Visual merchandiser	35088	6
Responsable Merchandiser	Titre	Responsable Visuel Merchandiser	23970	6	Responsable Merchandiser	Titre	Responsable Visuel Merchandiser	34790	6
Développeur	Titre	Architecte logiciel, développeur d'applications	9874	7	Développeur	Titre	Architecte logiciel, développeur d'applications	35075	7

Article 5 | Durée, effet, entrée en vigueur et révision

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

En application de l'article L. 2261-8 du code du travail, il est rappelé que le présent avenant complète de plein droit les articles 2.2, 3 et annexe 1 de l'accord de branche du 6 octobre 2020.

Les autres dispositions de cet accord de branche demeurent inchangées.

Il prend effet dans les mêmes conditions que l'accord de branche du 6 octobre 2020, qu'il vise à compléter, le lendemain de la date de publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Chaque partie légalement habilitée à engager la procédure de révision et introduisant une demande devra l'accompagner d'un projet sur les points à réviser. Les discussions devront s'engager dans les 30 jours suivant la date de la demande de révision.

Article 6 | Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du code du travail relatives à « la négociation collective – les conventions et accords collectifs du travail » (Livre IIe de la partie II). Compte tenu de son objet, le présent avenant ne nécessite pas de dispositions particulières pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Il est fait en nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des organisations signataires et être déposé en deux exemplaires dont un sur support électronique.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant. Le secrétariat de la commission paritaire est mandaté à cet effet (secrétariat CCPNI bricolage, C/O FMB, 5, rue de Maubeuge, 75009 Paris et adresse mail : cppni@fmbricolage.org).

Fait à Paris, le 14 septembre 2021.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3254 | Convention collective nationale

IDCC : **993** | **PROTHÉSISTES DENTAIRES ET PERSONNELS
DES LABORATOIRES DE PROTHÈSES DENTAIRES**

Protocole d'accord du 10 septembre 2021
relatif à l'actualisation de la convention collective
(Annexe I)

NOR : ASET2150974M

IDCC : 993

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

UNPPD,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FSS CFTD ;

FSPSS FO ;

FSAS CGT ;

UNSA santé sociaux,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Une actualisation de l'annexe I de la convention collective nationale des prothésistes dentaires et laboratoires de prothèse dentaire interviendra à la date de parution de l'arrêté ministériel d'extension au *Journal officiel*.

Les parties signataires du présent accord considèrent qu'il n'y a pas de spécificités d'application dudit accord aux entreprises en fonction de leur taille.

Pour cette raison, aucune stipulation particulière n'a été prise pour les entreprises de moins de cinquante salariés, conformément à l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Fait à Paris, le 10 septembre 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe I

Personnels de service

Employé n'ayant pas de fonction directe de production dans le laboratoire : tels que coursier, personnel d'entretien...

Secrétaire administrative – Aide comptable

Salarié(e) employé(e) à des tâches de réception, de facturation et à des travaux administratifs simples et/ou salarié(e) qui exécute tous les travaux de comptabilité courants de laboratoire, à l'exception des centralisations des journaux et de l'établissement des bilans.

Comptable

Salarié qui enregistre et traite des informations relatives aux mouvements financiers de l'entreprise. Rend compte en termes monétaires ou financiers de l'activité économique de l'entreprise vis-à-vis de la réglementation fiscale ou de la législation sociale du travail (tenue des livres de paie, journal, compte d'exploitation).

Employé en prothèse dentaire

L'employé en prothèse dentaire est un salarié qui a une fonction directe de production dans le laboratoire ne possédant pas de diplôme professionnel en prothèse dentaire et n'effectuant pas de travaux nécessitant les connaissances d'un technicien en prothèse dentaire.

Cette catégorie de professionnel doit avoir accès à la formation continue dite de promotion sociale.

Ce salarié aura pendant une période de 3 ans maximum cette catégorie professionnelle.

Au-delà de 3 ans d'expérience dans cette catégorie, dans une ou plusieurs entreprises, le salarié accèdera à la catégorie Auxiliaire en prothèse dentaire.

Auxiliaire en prothèse dentaire

Professionnel titulaire du BEP ou titulaire du titre de niveau V « auxiliaire en prothèse dentaire » inscrit au RNCP

Professionnel qui a les connaissances de base qui permettent de modifier, de réaliser sur indications techniques tous les travaux tels que sont définis dans le référentiel du BEP à savoir. Réalisation de travaux prothétiques en matière plastique, et de travaux de préparation et de finition (plâtre, polissage, mise en moufle, mise en revêtement...).

Technicien qualifié en prothèse dentaire (échelons TQ1-TQ2-TQ3)

Échelon TQ1 : professionnel titulaire du CAP, du Bac pro ou du BP

Le professionnel titulaire du CAP, est un professionnel qui a les connaissances de base qui permettent de modifier, de réaliser sur indications techniques tous les travaux tels que sont définis dans le référentiel du CAP à savoir : réalisation de travaux prothétiques en matière plastique, métallique ou métalloplastique (couronnes coulées, bridges simples, couronnes à incrustation vestibulaire).

Le professionnel titulaire du bac pro ou du BP est capable de concevoir, de réaliser tous les travaux prothétiques de qualité correspondant aux domaines de compétence suivants :

- prothèse amovible résine : PAT bi-maxillaire respectant les critères fonctionnels et esthétiques d'une prothèse totale ;
- prothèse fixée céramique : réalisation d'éléments unitaires ou contiguës dans la limite de quatre éléments, pilier ou inter de bridge avec montage simple, d'après découpes classiques ;
- prothèse mobile métallique : réalisation de châssis métalliques maxillaires ou mandibulaires conventionnels ;
- conception assistée par ordinateur.

Échelon TQ2 : professionnel titulaire du BTM

Professionnel capable de concevoir, de réaliser tous les travaux prothétiques de qualité correspondant aux domaines de compétence de l'échelon TQ1 ainsi qu'au domaine de compétence suivant :

- prothèse combinée (attachement) : restauration prothétique de petite envergure avec attachements pouvant réunir une prothèse fixe et mobile métallique ou totale supra radiculaire.

Le salarié à l'échelon TQ1, titulaire soit du bac pro, soit du BP, deviendra TQ2 après 2 années d'expérience en TQ1.

Échelon TQ3 : professionnel titulaire du BM IV

Le salarié à l'échelon TQ2 deviendra TQ3 après une année d'expérience en TQ2.

Prothésiste dentaire hautement qualifié (échelons PHQ1 – PHQ2)

Échelon PHQ1 : professionnel titulaire du BTS

Le salarié à l'échelon PHQ1 deviendra PHQ2 après 2 années d'expérience en PHQ1.

Échelon PHQ2 : professionnel titulaire du BTMS ou du BM III

Ce Technicien hautement qualifié doit être capable de réaliser tous les travaux de haute technicité demandés à l'examen du BTMS correspondant aux domaines de compétences suivants :

- conception technique ;
- orthopédie dento-faciale (sous réserve que le laboratoire effectue ce domaine de compétence) ;
- prothèse fixée céramique ;
- prothèse combinée ;
- prothèse amovible totale ;
- prothèse sur implant (sous réserve que le laboratoire effectue ce domaine de compétence) ;
- conception et fabrication assistées par ordinateur.

Responsable de secteur

Professionnel ayant les compétences acquises de management et d'encadrement d'équipes et une expérience professionnelle dans le secteur concerné.

Il a la responsabilité d'un secteur défini au sein du laboratoire, organise, contrôle le travail et dirige les salariés de ce secteur.

Le responsable de secteur pourra être inscrit à la caisse de retraite des cadres.

Chef de laboratoire

Professionnel possédant le profil du technicien dentaire hautement qualifié et qui a en plus la responsabilité du laboratoire, dirige le personnel, organise, distribue et contrôle le travail.

En cas d'absence, son remplaçant bénéficiera pendant la durée du remplacement d'une prime au moins égale à la différence du salaire conventionnel des intéressés.

Le chef de laboratoire devra obligatoirement être inscrit à une caisse de retraite des cadres.

Brochure n° 3168 | Convention collective nationale

IDCC : 1147 | **PERSONNEL DES CABINETS MÉDICAUX**

Avenant n° 81 du 8 juillet 2021
relatif à la reconversion ou promotion par l'alternance (Pro-A)

NOR : ASET2150964M

IDCC : 1147

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

CSMF ;

FMF ;

SML ;

MG France,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

UNSA ;

CFTC santé sociaux ;

FSAS CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Vu l'article 28 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, modifiant les articles L. 6324-1 à L. 6324-6 du code du travail en créant le dispositif de reconversion ou promotion par alternance « Pro-A » en remplacement du dispositif de période de professionnalisation ;

Vu le décret n° 2018-1342 du 28 décembre 2018 relatif aux modalités de prise en charge des dépenses par les sections financières des opérateurs de compétences prévues aux articles L. 6332-14 et L. 6332-17 du code du travail ;

Vu les articles D. 6324-1 et D. 6332-89 du code du travail ;

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle des cabinets médicaux réaffirment que la formation professionnelle constitue une priorité pour les entreprises de la branche. Ils considèrent qu'il s'agit d'un facteur de développement des compétences indispensable à la qualité et au bon déploiement des activités et services proposés par les entreprises de la branche. Elle constitue pour les salariés des opportunités de promotion, de reconversion, d'évolutions sociales ou professionnelles. S'inscrivant dans le cadre de la réforme, les partenaires sociaux

souhaitent favoriser des droits à la formation professionnelle, plus facilement mobilisables et répondant aux besoins en qualification et compétences de la branche.

Considérant la volonté des partenaires sociaux de permettre aux entreprises de la branche de répondre à leurs besoins en compétences et d'anticiper les risques au regard des diverses mutations et modifications des emplois, du fait des différentes évolutions de leur activité, les partenaires sociaux de la branche ont décidé d'accompagner les salariés vers la reconversion ou une promotion en mobilisant le dispositif « Pro-A », notamment en vue de l'obtention d'un diplôme, d'un titre et/ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

Article 1^{er} | Objet

La reconversion ou promotion par l'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 en alternance.

Le présent accord a donc pour objet de fixer le cadre de la mise en œuvre de la « Pro-A », défini à l'article L. 6324-1 et suivants du code du travail pour les entreprises et les salariés relevant du champ d'application visé.

Article 2 | Champ d'application

Les partenaires sociaux soulignant l'importance de la promotion des dispositifs de formation professionnelle et de développement de l'emploi et des compétences mis en place dans la branche, conviennent que le présent accord est applicable à l'ensemble des cabinets médicaux relevant du champ de la convention collective des cabinets médicaux, quel que soit leur effectif.

Article 3 | Salariés concernés

La reconversion ou la promotion par alternance concerne principalement les salariés en CDI et vise ceux qui n'ont pas atteint un niveau de qualification sanctionné par une certification professionnelle enregistrée dans le répertoire national de la certification professionnelle et correspondant au grade de la licence.

Sont également concernés, les salariés placés en position d'activité partielle mentionnée à l'article L. 5122-1 du code du travail.

Article 4 | Qualifications visées

Au regard des enjeux de montée en qualification et en compétences dans la branche, les partenaires sociaux décident de rendre éligibles au dispositif de la « Pro-A » la liste des certifications arrêtée en annexe 1 du présent accord.

Cette liste a été établie dans le respect des exigences légales et réglementaires à l'aide de l'OPCO désigné et à l'aune des bilans et études prospectives disponibles au niveau de la branche.

Il est convenu que cette liste pourra être modifiée par le biais de délibérations paritaires de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP), étant entendu que toute actualisation de la liste devra, d'une part, respecter les conditions de validité propres aux accords collectifs et, d'autre part, faire l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues par le présent accord.

L'objectif de la branche est d'avoir une démarche proactive d'appui aux mutations économiques qui permet de mener des actions d'anticipation, de soutien et de développement de l'emploi.

Une note explicative est jointe à l'accord pour expliciter le lien entre les certifications retenues et les mutations des métiers et les besoins en qualification et compétences. Cette note constitue l'annexe 2 du présent accord.

Article 5 | Durée de la « Pro-A »

La reconversion ou promotion par l'alternance est d'une durée comprise entre 6 et 12 mois. Elle peut être portée jusqu'à 24 mois, lorsque la nature des qualifications visées l'exige.

Elle pourra aller jusqu'à 36 mois pour les publics prioritaires suivants :

- les personnes qui n'ont pas validé un second cycle de l'enseignement secondaire et qui ne sont pas titulaires d'un diplôme de l'enseignement technologique ou professionnel ;
- les demandeurs d'emploi inscrits sur la liste des demandeurs d'emploi depuis plus d'un an (tout âge confondu) ;
- les bénéficiaires des minima sociaux (RSA, ASS, AAH) ;
- les anciens titulaires de contrat unique d'insertion.

Le contrat de travail du salarié fait l'objet d'un avenant qui précise la durée et l'objet de la reconversion ou promotion par l'alternance.

Les dispositions relatives à la durée du dispositif ne s'appliquent pas lorsque la « Pro-A » vise l'acquisition du socle de connaissances et de compétences mentionné aux articles L. 6121-2 et L. 6323-6 ou lorsqu'elle concerne des actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience.

Un tuteur est chargé d'accompagner chaque bénéficiaire de « Pro-A ».

Article 6 | Durée de la formation

Les actions de positionnement, d'évaluation et d'accompagnement ainsi que les enseignements généraux, professionnels et technologiques dispensés dans le cadre du dispositif « Pro-A » sont d'une durée minimale comprise entre 15 et 25 % de la durée totale de la reconversion ou promotion par alternance, sans être inférieure à 150 heures.

Les parties signataires conviennent que la durée des actions définie à l'alinéa précédent peut être portée à un maximum de 40 % de la durée totale de la « Pro-A » pour les salariés suivants :

- les salariés ayant les premiers niveaux de qualification, quel que soit leur âge ;
- les salariés âgés de moins de 30 ans ;
- les salariés âgés de 45 ans et plus ou ayant au moins 20 ans d'activité professionnelle pour maintenir leur employabilité ;
- les travailleurs handicapés ;
- les salariés reprenant leur activité professionnelle après un congé de maternité ou d'adoption, après un congé parental d'éducation, ou après une absence de longue durée pour cause de maladie ou d'accident.

Les dispositions relatives à la durée des actions ne s'appliquent pas lorsque la « Pro-A » vise l'acquisition du socle de connaissances et de compétences mentionné aux articles L. 6121-2 et L. 6323-6 ou lorsqu'elle concerne des actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience.

Financement des actions éligibles au dispositif « Pro-A »

Les coûts et frais engagés par les « Pro-A » seront pris en charge par l'OPCO selon les règles déterminées par la branche par la voie d'une délibération paritaire prise en CPNEFP, dans le respect des dispositions réglementaires en vigueur.

Il est rappelé que le niveau de la prise en charge financière est communiqué à France compétences et qu'il correspond à un montant forfaitaire couvrant tout ou partie des frais pédagogiques ainsi que des frais de transport et d'hébergement engagés pendant la formation.

Enfin, la rémunération du salarié en reconversion ou promotion par alternance pourra être prise en charge par l'OPCO selon les modalités prévues au 5, II de l'article L. 6332-14 du code du travail tel que précisé par voie réglementaire.

Article 7 | Financement des actions éligibles au dispositif dit « Pro-A »

Les coûts et frais engagés par les « Pro-A » seront pris en charge par l'OPCO selon les règles déterminées par la branche par la voie d'une délibération paritaire prise en CPNEFP, dans le respect des dispositions réglementaires en vigueur.

Il est rappelé que le niveau de la prise en charge financière est communiqué à France compétences et qu'il correspond à un montant forfaitaire couvrant tout ou partie des frais pédagogiques ainsi que des frais de transport et d'hébergement engagés pendant la formation.

Enfin, la rémunération du salarié en reconversion ou promotion par alternance pourra être prise en charge par l'OPCO selon les modalités prévues au 5, II de l'article L. 6332-14 du code du travail tel que précisé par voie réglementaire.

Article 8 | Durée et modalité

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, entrera en vigueur dès sa signature.

Les dispositions du présent accord s'appliqueront aux demandes de prise en charge des actions de formation intervenant à partir de la date de son entrée en vigueur.

Article 9 | Cabinets de moins de 50 salariés

La branche des cabinets médicaux étant composée majoritairement d'entreprises de moins de 50 salariés, la situation de ces entreprises est nécessairement prise en compte dans la négociation du présent texte.

Article 10 | Entrée en vigueur. Portée de l'accord

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur dès lors que l'ensemble des formalités de dépôt auront été accomplies.

Article 11 | Notification. Dépôt. Extension

Le présent accord sera notifié par la partie la plus diligente des signataires à l'ensemble des organisations représentatives de la branche professionnelle, signataires ou non.

À l'expiration d'un délai de 15 jours suivant la notification, le présent accord sera déposé par la partie la plus diligente auprès des services du ministre chargé du travail.

Les parties signataires conviennent d'en demander l'extension. La partie la plus diligente procédera à la demande d'extension.

Fait à Paris, le 8 juillet 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Liste des certifications visées par la « Pro-A »

Liste des certifications éligibles

Niveau	Type	Certification	Code RNCP
3	CQP	Assistant médical	En cours

Annexe 2 Note explicative

Évolution de l'exercice médical

Dans un contexte de transformation rapide du système de santé, les partenaires sociaux de la branche ont engagé une réflexion prospective sur l'emploi, les métiers et les compétences des salarié(e)s. L'étude commandée à l'OMPL (observatoire des métiers dans les professions libérales) montre que les évolutions de la médecine libérale ont des impacts sur les métiers et impliquent le développement de nouvelles fonctions d'assistance auprès des praticien(ne)s.

Le système de soins français est confronté à une progression des besoins de santé dans la population, une baisse du nombre de médecins en activité et d'heures travaillées et un renforcement des contraintes budgétaires. Les attentes vis-à-vis de l'organisation de la médecine de ville sont fortes. Dans ce contexte, la médecine libérale doit optimiser les moyens disponibles.

Les politiques de santé prennent une orientation forte en faveur des prises en charge ambulatoires qui amènent notamment les médecins à réaliser davantage d'actes de petite chirurgie en cabinet de ville. Il est de plus en plus attendu de la médecine libérale qu'elle réalise des prises en charge complexes et/ou de longue durée, liées aux pathologies du vieillissement et aux maladies chroniques.

Par ailleurs, les politiques de santé tendent à favoriser un exercice de la médecine regroupé et/ou coordonné entre différents professionnels de santé dans le cadre de maisons de santé pluriprofessionnelles.

De nouvelles formes d'exercice de la médecine libérale apparaissent : partage de locaux et de systèmes d'information, projets de santé collectifs sur les territoires...

Dans ce contexte, les relations informatisées entre professionnels de santé avec les patients et les partenaires se développent : télémedecine, généralisation du tiers payant...

Impacts sur les métiers

Pour les médecins libéraux, répondre à ces enjeux suppose de faire évoluer leurs pratiques et de diversifier leurs activités : mise en place des consultations de prévention et de dépistage, d'éducation à la santé, petite chirurgie, mise en place de téléconsultations...

La branche connaît un mouvement de concentration de l'activité. Depuis 20 ans, le nombre de cabinets médicaux diminue et les effectifs salariés restent stables. Les salariés.es qui travaillent dans les structures de grande taille (au moins 10 salariés.es) représentent désormais 40 % des effectifs. Les cabinets tendent à se regrouper et les emplois sont de plus en plus mutualisés.

Cette configuration répond aux aspirations des nouvelles générations de médecins notamment pour avoir la possibilité de déléguer les tâches non médicales et concilier activité professionnelle et vie privée.

Avec l'augmentation de la taille des cabinets, les conditions d'exercice des salariés.es deviennent plus exigeantes et les compétences requises augmentent : gestion de flux importants de patients, assistance d'un nombre plus important de praticien(ne)s de différentes spécialités médicales...

L'effort de formation est globalement faible. Les salariés.es demeurent insuffisamment formés.es et mal préparés.es à l'évolution de leurs conditions d'exercice. L'essentiel des formations concerne les salariés.es des grands cabinets (majoritairement de radiologie).

Les évolutions de la médecine libérale impliquent le développement de nouvelles fonctions d'assistance aux praticien(ne)s et une professionnalisation des métiers de l'assistance aux médecins.

L'étude OMPL a préconisé la création d'une certification pour les assistant(e)s médicaux(ales) afin de former des personnels à assister les médecins dans la réalisation d'actes simples et standardisés sous leur responsabilité.

Les assistant(e)s médicaux(ales) pourraient se voir confier notamment la préparation du/de la patient(e) et le début de la consultation (installation du [de la] patient(e), mise à jour du dossier, biométrie...), l'assistance au praticien(ne) (préparation de matériels...).

Pour la branche des cabinets médicaux, des mesures volontaristes sont nécessaires face à la demande des employeurs pour recruter du personnel plus diversifié et plus qualifié mais aussi pour donner des perspectives d'évolution de carrière aux salariés.es déjà en poste. Ainsi un avenant à la convention collective du personnel des cabinets médicaux relatif à la refonte complète de la classification a été signé et est entré en application au 1^{er} juillet 2019. Il intègre l'emploi d'assistant(e) médical(e) dans la classification des métiers.

L'employeur module le positionnement compris entre les niveaux 5 et 9, selon qu'il s'agit d'une secrétaire médicale, d'un(e) assistant(e) médical e avec un CQP (certificat de qualification professionnelle), ou d'un(e) infirmier(ère) qui est embauchée comme assistant(e) médical(e).

Depuis plusieurs années, les représentants de différentes spécialités médicales constatent le besoin de certifier leurs assistant(e)s. En effet, des tâches à caractère technique sont confiées aux assistant(e)s sans qu'elles (ils) aient reçu de formations préalables. Ces professions ont sollicité la CPNEFP des cabinets médicaux pour créer un certificat de qualification professionnelle de niveau 4. Pour la CPNEFP et les spécialités impliquées dans le projet, l'enjeu est de tendre vers une professionnalisation de pratiques existantes à travers la création d'une certification et de garantir ainsi sécurité et qualité des soins.

La création de la certification d'assistant(e) médical(e) permet de formaliser l'exercice des assistant(e)s et de définir clairement leurs tâches.

En 2014, la branche a demandé à l'OPCA Actaliens de mener une enquête préalable à la construction de la certification. L'objectif étant de vérifier que le projet réponde bien aux besoins des entreprises et d'estimer le potentiel d'assistant(e)s susceptibles d'être formés.es ou certifiés.es notamment par la voie de la VAE (validation des acquis de l'expérience).

Les résultats de cette étude ont montré que 75 % des cabinets comptant un effectif salarié déclaraient avoir des salariés.es assurant des tâches médico-techniques et 79 % des cabinets qui comptent des assistant(e)s médico-techniques souhaitaient qualifier ces assistant(e)s.

Au regard de ces résultats, les premiers travaux sont engagés. Un premier référentiel d'activités et de compétences est établi à partir d'entretiens menés auprès d'un échantillon de praticien(ne)s prescripteur(trice)s de l'activité et d'assistant(e)s. Il est ressorti notamment de ces entretiens que :

- les assistant(e)s secondent les praticien(ne)s dans des actions en contact avec le (la) patient(e) ;
- ils (elles) sont souvent formé(e)s « sur le tas » ;
- ils (elles) ne bénéficient d'aucune reconnaissance.

Le plan « Ma santé 2022 »

En septembre 2018, le gouvernement, dans son plan de transformation du système de santé, a annoncé la création d'un nouveau métier d'assistant(e) médical(e). L'objectif est de procéder à 4 000 recrutements d'ici 2022. Les postes sont financés par l'assurance maladie auprès de tous

les médecins, principalement généralistes et certains spécialistes, sous réserve de satisfaire aux conditions d'éligibilité au financement.

L'objectif du plan « Ma santé 2022 » est de redonner du temps aux médecins en les déchargeant de tâches ne relevant pas directement du soin, de leur permettre de se concentrer sur leur cœur de mission et de voir plus de patients. Le plan « Ma santé 2022 » fait écho aux demandes récurrentes de la profession.

Cette nouvelle fonction d'assistant(e) médical(e) poursuit un triple objectif :

- faciliter les conditions d'exercice en libérant du temps médical ;
- améliorer l'accès aux soins et les délais de prise en charge dans les déserts médicaux ;
- renforcer la qualité et la coordination des soins entre acteurs, au bénéfice du patient.

En juillet 2018, la présidence de la CPNEFP des cabinets médicaux a rencontré la DGOS (direction générale de l'offre de soins du ministère des solidarités et de la santé), laquelle s'est montrée favorable au projet de création d'un CQP assistant(e) médical(e).

En tenant compte d'une part, des besoins des médecins et d'autre part des orientations et attentes du plan « Ma santé 2022 », le dispositif de certification à cette nouvelle fonction a été défini.

La CPNEFP des cabinets médicaux avec la participation de la DGOS, a élaboré le référentiel d'activités et de compétences ainsi que le référentiel d'évaluation, tous deux validés par la CPNEFP.

Il s'est agi de déterminer les activités et les compétences de ce nouveau métier ainsi que les modalités d'évaluation des compétences en question. Métier qui ne constitue pas une nouvelle profession de santé. Le projet de la branche vise les cabinets de médecins généralistes et de médecins spécialistes.

Dans le prolongement du plan « Ma Santé 2022 », l'avenant n° 7 à la convention médicale a acté le financement d'une partie des charges afférentes à leur emploi, pour les cabinets sous certaines conditions.

Ce qui confère une forme de reconnaissance à ce nouveau métier d'assistant(e) médical(e). Depuis l'automne 2019, le recrutement des premier(ière)s assistant(e)s médicaux(ales) a commencé. Au 1^{er} avril 2021, 1 814 contrats ont été signés. Ce sont en majorité des profils déjà existants, en particulier des secrétaires médicaux(ales), des aides soignants.es, voire des IDE (infirmier(ère) diplômé(e) d'État).

Conditions d'accès au métier

Un arrêté relatif à l'exercice de l'activité d'assistant(e) médical(e) est paru au *Journal officiel*. Il prévoit qu'en application du dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, sont autorisés à exercer au sein d'un cabinet médical la fonction d'assistant(e) médical(e) les détenteurs des qualifications professionnelles suivantes :

- diplôme d'État infirmier (DEI) ;
- diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS) ;
- certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant(e) médical(e) ;
- DEAP (diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture).

Une formation d'adaptation à l'emploi dans le champ de l'organisation et de la gestion administrative d'un cabinet médical est requise pour les assistant(e)s médicaux(ales) non détenteur(rice)s du certificat de qualification professionnelle d'assistant(e) médical(e), dans un délai de 3 ans après leur prise de fonction.

L'article L. 4161-1 du code de la santé publique a été modifié pour permettre aux assistant(e)s médicaux(ales) de pratiquer en toute légalité.

La création d'une certification assistant(e) médical(e) constitue ainsi une possibilité d'évolution professionnelle pour les secrétaires médicales et une opportunité pour les aides-soignants.es et infirmiers.res qui souhaitent se reconvertir. Ce qui présente un grand intérêt pour les 2^e partie de carrière souvent « compliquées » de ces professions qui aboutissent trop fréquemment à des situations d'inaptitude.

Spécificités du métier d'assistant médical par rapport aux métiers existants

Le métier d'assistant(e) médical(e) se distingue de celui de secrétaire médicale.

Cette dernière intervient sur des activités de type administratif et exerce dans différents secteurs de la santé :

- cabinets médicaux ;
- cabinets de radiologie ;
- laboratoires d'analyses de biologie médicale ;
- cabinets dentaires ;
- cliniques et hôpitaux.

Le métier d'assistant(e) médical(e) se différencie également des métiers d'aides-soignant(es) et d'infirmier(ère)s lesquels relèvent des professions de santé.

Les nouvelles formes d'exercice de la médecine libérale impliquent une spécialisation de l'assistance auprès des médecins avec des responsabilités plus élargies.

L'assistant(e) médical(e) assure différentes activités dans les cabinets médicaux.

Il (elle) assure le suivi du parcours de santé du patient : présentation des examens et des soins réalisés par les praticien(ne)s auprès des patients.es, vérification des vaccinations et des examens périodiques prescrits. Il (elle) informe les patients.es des campagnes de dépistage, de prévention et d'éducation.

Il (elle) assure l'accueil, la prise en charge administrative des patient(e)s : constitution et mise à jour des dossiers patients, organisation de téléconsultation.

Il (elle) a une activité liée à l'hygiène et la qualité du cabinet : nettoyage et désinfection de la salle d'examen, gestion des déchets, mise en œuvre de la traçabilité des dispositifs médicaux, renseignement des documents qualité.

Il(elle) assure l'assistance opérationnelle au praticien(ne)s : préparation de la salle d'examen et des plateaux techniques, installation des patients.es pour les soins, prises de constantes et mesures.

Positionnement du métier

Certifications

Il n'existait pas au préalable de certification qui corresponde à l'exercice de ce nouveau métier qu'est l'assistant(e) médical(e).

Enregistré au RNCP (Répertoire national des certifications professionnelles), le titre de secrétaire technique option entreprise de santé porté par l'UNAPL (union nationale des professions libérales), vise des compétences différentes de celles de l'assistant(e) médical(e). Ce titre, soutenu par la branche des cabinets médicaux, vise des activités transversales de type administratif (accueil et standard, rédaction et saisie de documents, comptabilité, aide à la gestion de l'entreprise) ainsi qu'une activité de secrétariat technique spécifique au secteur (constitution de dossiers patients, de dossiers de demande de remboursement caisses et mutuelles, de gestion des situations d'urgence...). La quinzaine de titres enregistrée au RNCP intéressant les cabinets médicaux visent également des activités de secrétariat médical.

Le métier d'assistant(e) médical(e) se distingue également des certifications d'aide-soignant(e)s et d'infirmier(ère)s qui sont tournées essentiellement vers le soin au patient.

Formations non certifiantes

Le CQP d'assistant(e) médical(e) se distingue des formations ci-après qui ont en commun de former les assistant(e)s sur des tâches liées aux soins. Or, le CQP assistant(e) médical(e) vise le développement de compétences ne relevant pas directement du soin.

Assistant(e) médico-technique en dermatologie

Cette formation est mise en place par l'organisme de formation AFBB (association pour la formation de la biochimie et de la biologie) en partenariat avec le syndicat national des dermatologues vénéréologues. Elle s'adresse à des assistant(e)s ou secrétaires déjà en poste et en CDI au sein d'un cabinet médical. Elle répond aux besoins spécifiques des dermatologues et vise à former des personnels pour assister techniquement les praticiens dans les soins apportés aux patient(e)s.

Assistant(e) médical(e)

L'objectif de cette formation conçue par Vidal formation est de permettre aux secrétaires médicales de se spécialiser en vue de réaliser des tâches déléguées par le (la) praticien(ne) lors de soins et d'examens médicaux.

Diplôme d'assistant(e) en médecine esthétique

Créé par le CIME (collège international de médecine esthétique), il vise la formation des auxiliaires en médecine esthétique.

L'état des lieux et la prospective de la branche des cabinets médicaux d'une part et l'annonce dans le plan de transformation du système de santé du gouvernement de la création d'un métier d'assistant(e) médical(e) d'autre part, a amené la CPNEFP des cabinets médicaux à solliciter France compétences pour l'inscription de ce métier dans la liste des métiers en émergence. Le métier d'assistant(e) médical(e) ainsi été reconnu comme métier émergent en janvier 2021.

Les partenaires sociaux souhaitent ainsi que le CQP assistant(e) médical(e) soit éligible au dispositif de la « Pro-A » afin de permettre une pérennisation de l'activité des salariés des cabinets médicaux, en permettant notamment de développer les nouvelles compétences en favorisant l'évolution professionnelle, tout en répondant aux besoins des médecins.

Ainsi, les partenaires sociaux actent que le CQP assistant(e) médical(e) répond d'une part, aux critères de mutation de l'activité, d'autre part, au risque d'obsolescence des compétences et enfin, contribue à la relance sociale et territoriale.

Brochure n° 3168 | Convention collective nationale

IDCC : 1147 | **PERSONNEL DES CABINETS MÉDICAUX**

Avenant n° 82 du 30 septembre 2021
relatif aux salaires

NOR : ASET2150966M

IDCC : 1147

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

CSMF ;
FMF ;
SML ;
MG France,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;
FSPSS FO ;
CFTC santé sociaux ;
FSAS CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit, au 1^{er} juin 2021 :

Article 1^{er}

Augmentation de 2,2 % de la grille des salaires pour l'ensemble des positionnements.

Article 2

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur dès lors que l'ensemble des formalités de dépôt auront été accomplies.

Article 3

Le présent avenant sera notifié par la partie la plus diligente des signataires à l'ensemble des organisations représentatives de la branche professionnelle, signataires ou non.

À l'expiration d'un délai de 15 jours suivant la notification, le présent avenant sera déposé par la partie la plus diligente auprès des services du ministre chargé du travail.

Les parties signataires conviennent d'en demander l'extension. La partie la plus diligente procédera à la demande d'extension.

Article 4

La branche du personnel des cabinets médicaux étant composée majoritairement de cabinets médicaux de moins de 50 salariés, la situation de ces entreprises est nécessairement prise en compte dans la négociation du présent texte.

Fait à Paris, le 30 septembre 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Grille de correspondance entre les niveaux de positionnement et les salaires minima pour 151,67 heures mensuelles au 1^{er} juin 2021

Positionnement	Salaires minima mensuels pour 151,67 heures travaillées par mois
4	1 616 € brut
5	1 678 € brut
6	1 746 € brut
7	1 817 € brut
8	1 895 € brut
9	1 996 € brut
10	2 103 € brut
11	2 216 € brut
12	2 343 € brut
13	2 482 € brut
14	2 987 € brut
15	3 556 € brut
16	4 187 € brut

Accord national interprofessionnel

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE AGIRC-ARRCO
(10 mai 2019)

Avenant n° 1 du 22 juillet 2021
à l'accord national interprofessionnel du 10 mai 2019
relatif à la retraite complémentaire AGIRC-ARRCO

NOR : ASET2150987M

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

CPME ;

MEDEF ;

U2P,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

En application des articles 25 et suivants de l'ANI du 17 novembre 2017 relatifs au pilotage du régime AGIRC-ARRCO, l'ANI du 10 mai 2019 a défini les orientations stratégiques de la première période quadriennale (2019-2022) d'application du régime et a déterminé la marge d'appréciation du conseil d'administration dans le cadre du pilotage tactique.

Toutefois, la crise sanitaire survenue en 2020, dont les effets se poursuivent en 2021, a modifié sensiblement la conjoncture économique nationale et impacte la situation financière du régime AGIRC-ARRCO.

Ce constat a conduit le conseil d'administration de la fédération AGIRC-ARRCO, lors de sa séance d'octobre 2020, à reporter la fixation de la valeur d'achat pour 2021 et à exercer son devoir d'alerte conformément à l'article 29 de l'ANI du 17 novembre 2017, afin d'inviter les organisations représentatives au niveau national et interprofessionnel à engager des négociations sur le cadrage stratégique du régime.

Ces dernières, prenant acte de l'alerte du conseil d'administration de la fédération AGIRC-ARRCO et considérant les nouvelles projections financières du régime faisant état d'un niveau de réserves se situant en deçà de 6 mois de prestations à compter de 2029, affirment leur responsabilité constante à assurer l'équilibre financier global du régime AGIRC-ARRCO.

Dans ce cadre, les organisations représentatives au niveau national et interprofessionnel, confirmant que l'ANI du 10 mai 2019 doit s'inscrire dans le respect de la règle du maintien d'un niveau de réserves au moins égal à 6 mois de prestations jusqu'en 2033 inclus, sur la base des projections actualisées par les services de la fédération, conviennent des modifications suivantes de l'ANI du 10 mai 2019.

L'article 1^{er} est modifié comme suit :

- au 2^e alinéa, les mots : « Durant la période couverte par le présent accord (2019, 2020, 2021 et 2022) » sont remplacés par les mots : « Pour les exercices 2019 et 2020 » ;
- au même alinéa, la dernière phrase est supprimée ;
- après le 2^e alinéa, il est inséré les alinéas suivants : « Pour les exercices 2021 et 2022, par exception à l'application de l'article 27 de l'ANI du 17 novembre 2017, la valeur de service du point évolue au 1^{er} novembre comme les prix à la consommation hors tabac :
 - sans que l'écart entre l'évolution prévisionnelle des prix et l'évolution de la valeur de service du point ne puisse dépasser 0,5 point ; et
 - dans le respect du maintien d'un niveau de réserves techniques au moins égal à 6 mois de prestations dans la période courant jusqu'à fin 2033 ; la projection du niveau de réserves et les hypothèses qui la sous-tendent sont définies en annexe 1. » ;
- avant le dernier alinéa, il est inséré l'alinéa suivant : « En aucun cas pendant la période quadriennale (2019-2022) la valeur de service du point ne peut diminuer en valeur absolue » ;
- au dernier alinéa, les mots : « au paragraphe ci-dessus » sont remplacés par les mots : « aux alinéas précédents ».

L'article 2 est modifié comme suit :

- au 1^{er} alinéa, les mots : « (2019, 2020, 2021, 2022) » sont remplacés par les mots : « 2019 et 2020 » ;
- il est inséré après le dernier alinéa les deux alinéas suivants :

« Pour l'exercice 2021, la valeur d'achat du point reste inchangée par rapport à 2020. »

« Pour l'exercice 2022, la valeur d'achat du point est fixée sur la base de l'évolution cumulée des exercices 2020 et 2021 du salaire annuel moyen des ressortissants du régime. »

L'article 5 est modifié comme suit :

- les mots : « 2020, 2021 et 2022 » sont remplacés par les mots : « et 2020 » ;
- il est ajouté l'alinéa suivant : « Pour les exercices 2021 et 2022, le montant global annuel précité est maintenu au niveau de l'exercice précédent, en euros courants. .

L'article 6 est modifié comme suit :

- après les mots : « 6.1. Le conseil d'administration », les mots : « veille à ce que » sont supprimés ;
- à l'alinéa a, après les caractères : « a) », sont insérés les mots : « veille à ce que » ;
- à l'alinéa b, après les caractères : « b) », sont insérés les mots : « dès lors que ».

Les annexes 1 (projections financières AGIRC-ARRCO sur la base du scénario « variante 2 ») et 2 (scénario économique « variante 2 »), actualisées et jointes au présent avenant, se substituent aux annexes initiales de l'ANI du 10 mai 2019.

Les signataires demandent aux pouvoirs publics, dans le cadre des articles L. 911-3 et L. 911-4 du code de la sécurité sociale, l'extension et l'élargissement du présent avenant.

Fait à Paris, le 22 juillet 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Projections financières AGIRC-ARRCO sur la base du scénario économique « Variante 2 »

Projections de juillet 2021 sur la base des comptes combinés 2020

1. Hypothèses retenues :

- indexation de la valeur d'achat du point au 1^{er} janvier 2022 sur l'évolution cumulée du salaire moyen 2020-2021, puis au 1^{er} janvier des années 2023-2033 sur l'évolution du salaire moyen de l'année précédente ;
- indexation de la valeur de service du point au 1^{er} novembre sur l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac affectée d'un coefficient de – 0,5 point en 2021 et 2022, puis sur l'évolution prévisionnelle du salaire moyen de l'année affectée d'un coefficient de soutenabilité de – 1,16 % pendant 11 ans (2023-2033).

Les hypothèses ci-dessus servent à vérifier que la marge de manœuvre de +/- 0,5 point d'inflation pour fixer l'évolution de la valeur de service permet de respecter la trajectoire du niveau de réserves définie à l'article 1^{er} ;

2. L'application combinée d'un coefficient de - 0,5 point sur la valeur du point en 2021 et 2022 puis d'un coefficient de soutenabilité $x = 1,16$ sur la valeur du point pendant la période 2023-2033 (11 années) permet de respecter la trajectoire d'équilibre des 6 mois de réserves minimum sur la période couverte par l'accord :

Md€ constants 2020	Projection de juillet 2021 - Var 2 - Espérance de vie centrale - Prix - 0,5 pt en 2021 et 2022				
	Produits	Charges	Résultat technique	Placements	
				Md€	% des allocations
2020	79,3	84,6	-5,3	62,6	76%
2021	82,3	84,6	-2,3	60,6	73%
2022	84,0	85,6	-1,6	60,2	72%
2023	85,6	86,5	-0,9	60,4	71%
2024	86,8	88,1	-1,3	60,1	69%
2025	87,9	89,5	-1,6	59,5	68%
2026	89,1	90,9	-1,7	57,9	65%
2027	90,4	92,1	-1,7	56,4	62%
2028	91,5	93,3	-1,8	54,8	60%
2029	92,7	94,4	-1,7	53,3	57%
2030	94,0	95,5	-1,5	51,9	55%
2031	95,3	96,6	-1,2	50,8	54%
2032	96,8	97,7	-0,9	50,0	52%
2033	98,2	98,9	-0,7	49,4	51%

Annexe 2 Scénario économique « Variante 2 » juillet 2021

Hypothèses macro-économiques et paramètres du régime

	Inflation	Taux de chômage	Evolution des effectifs de cotisants	Evolution du SMPT*	Evolution de la masse salariale*
2020	0,21%	8,0%	-1,2%	-4,8%	-5,9%
2021	1,40%	9,2%	0,1%	3,5%	3,7%
2022	0,78%	8,6%	1,2%	2,2%	3,4%
2023	1,20%	8,6%	0,2%	1,6%	1,9%
2024	1,50%	8,5%	0,2%	1,2%	1,4%
2025	1,75%	8,5%	0,2%	0,9%	1,1%
2026	1,75%	8,5%	0,5%	0,8%	1,4%
2027	1,75%	8,5%	0,5%	0,8%	1,3%
2028	1,75%	8,3%	0,7%	0,7%	1,3%
2029	1,75%	8,1%	0,6%	0,7%	1,4%
2030	1,75%	7,9%	0,7%	0,8%	1,6%
2031	1,75%	7,7%	0,7%	0,9%	1,6%
2032	1,75%	7,5%	0,6%	1,0%	1,6%
2033	1,75%	7,3%	0,5%	1,1%	1,6%

* Evolution en termes réels (hors inflation)

Convention collective nationale

IDCC : 218 | **ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**
(8 février 1957)

Protocole d'accord du 13 juillet 2021

étendant aux agents de direction les dispositions de l'avenant du 13 juillet 2021
modifiant le protocole d'accord du 24 décembre 1993
relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance

NOR : ASET2150973M

IDCC : 218

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

UCANSS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC ;

CFE-CGC ;

SNPDOS CFTD ;

SNFOCOS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le protocole d'accord du 24 décembre 1993, relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance des personnels des organismes du régime général de la sécurité sociale et de leurs établissements, organise l'affiliation du personnel des organismes du régime général aux régimes de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO en substitution de la CPPOSS.

Dans ce cadre, le protocole d'accord de 1993 a mis en place un système pouvant permettre le versement aux retraités et actifs au 31 décembre 1993 d'un différentiel de prestations, du fait de la part de financement qu'ils ont assumée, au titre du régime en répartition avant la révision de la convention collective nationale de prévoyance du 12 décembre 1947. C'est l'objet du système différentiel.

Ainsi que le prévoit l'accord de 1993 en son article 14.2, des projections actuarielles sont réalisées de 3 ans en 3 ans depuis 1994. L'étude réalisée en 2020 sur la base des données de 2019, permet de disposer d'un état des lieux exhaustif de la situation et de la trajectoire du régime. Il résulte de cette étude actuarielle qu'à partir de 2022 les réserves connaîtront une augmentation régulière du fait d'un financement structurellement supérieur aux charges. Cela s'explique

essentiellement par le fait que ce financement est réalisé sur une masse salariale en groupe ouvert pour des prestations qui concernent un groupe fermé.

Si la constitution de réserves est nécessaire pour permettre de sécuriser le régime celles-ci doivent s'inscrire dans une juste proportion.

À ce titre, les parties signataires ont souhaité réajuster les paramètres afin de trouver un point d'équilibre qui prenne en compte à la fois une revalorisation des prestations et un ajustement des cotisations appelées.

Article 1^{er}

Les dispositions de l'avenant du 13 juillet 2021 modifiant le protocole d'accord du 24 décembre 1993 relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance des personnels des organismes du régime général de la sécurité sociale et de leurs établissements, tel que conclu dans le champ d'application de la convention collective du 8 février 1957, s'appliquent dans le cadre de la convention collective nationale de travail du 18 septembre 2018 des agents de direction des organismes du régime général de sécurité sociale.

Article 2 | Dispositions d'application

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en application sous réserve de l'agrément ministériel prévu par le code de la sécurité sociale, et ne vaut en aucun cas engagement unilatéral de l'employeur.

Il pourra être révisé dans les conditions légales fixées par le code du travail et dénoncé dans les conditions fixées à l'article 3 du protocole d'accord du 24 décembre 1993.

Fait à Montreuil, le 13 juillet 2021.

(Suivent les signatures.)

Convention collective nationale

IDCC : 218 | **ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**
(8 février 1957)

Protocole d'accord du 13 juillet 2021

étendant aux praticiens conseils les dispositions de l'avenant du 13 juillet 2021
modifiant le protocole d'accord du 24 décembre 1993
relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance

NOR ; ASET2150975M

IDCC : 218

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

UCANSS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FEC FO ;

SGPCOSS CFE ;

SNFOCOS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le protocole d'accord du 24 décembre 1993, relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance des personnels des organismes du régime général de la sécurité sociale et de leurs établissements, organise l'affiliation du personnel des organismes du régime général aux régimes de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO en substitution de la CPPOSS.

Dans ce cadre, le protocole d'accord de 1993 a mis en place un système pouvant permettre le versement aux retraités et actifs au 31 décembre 1993 d'un différentiel de prestations, du fait de la part de financement qu'ils ont assumée, au titre du régime en répartition avant la révision de la convention collective nationale de prévoyance du 12 décembre 1947. C'est l'objet du système différentiel.

Ainsi que le prévoit l'accord de 1993 en son article 14.2, des projections actuarielles sont réalisées de 3 ans en 3 ans depuis 1994. L'étude réalisée en 2020 sur la base des données de 2019, permet de disposer d'un état des lieux exhaustif de la situation et de la trajectoire du régime. Il résulte de cette étude actuarielle qu'à partir de 2022 les réserves connaîtront une augmentation régulière du fait d'un financement structurellement supérieur aux charges. Cela s'explique essentiellement par le fait que ce financement est réalisé sur une masse salariale en groupe ouvert pour des prestations qui concernent un groupe fermé.

Si la constitution de réserves est nécessaire pour permettre de sécuriser le régime celles-ci doivent s'inscrire dans une juste proportion.

À ce titre, les parties signataires ont souhaité réajuster les paramètres afin de trouver un point d'équilibre qui prenne en compte à la fois une revalorisation des prestations et un ajustement des cotisations appelées.

Article 1^{er}

Les dispositions de l'avenant du 13 juillet 2021 modifiant le protocole d'accord du 24 décembre 1993 relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance des personnels des organismes du régime général de la Sécurité sociale et de leurs établissements, tel que conclu dans le champ d'application de la convention collective du 8 février 1957, s'appliquent dans le cadre de la convention collective nationale de travail du 4 avril 2006 des praticiens conseils du régime général de sécurité sociale.

Article 2 | Dispositions d'application

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en application sous réserve de l'agrément ministériel prévu par le code de la sécurité sociale, et ne vaut en aucun cas engagement unilatéral de l'employeur.

Il pourra être révisé dans les conditions légales fixées par le code du travail et dénoncé dans les conditions fixées à l'article 3 du protocole d'accord du 24 décembre 1993.

Fait à Montreuil, le 13 juillet 2021.

(Suivent les signatures.)

Convention collective nationale

IDCC : 218 | **ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**
(8 février 1957)

Avenant du 13 juillet 2021

modifiant le protocole d'accord du 24 décembre 1993
relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance

NOR : ASET2150972M

IDCC : 218

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

UCANSS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FEC FO ;

PSTE CFDT ;

SNFOCOS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le protocole d'accord du 24 décembre 1993, relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance des personnels des organismes du régime général de la sécurité sociale et de leurs établissements, organise l'affiliation du personnel des organismes du régime général aux régimes de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO en substitution de la CPPOSS.

Dans ce cadre, le protocole d'accord de 1993 a mis en place un système permettant le versement aux retraités et actifs au 31 décembre 1993 d'un différentiel de prestations, du fait de la part de financement qu'ils ont assumée, au titre du régime en répartition avant la révision de la convention collective nationale de prévoyance du 12 décembre 1947. C'est l'objet du système différentiel.

Ainsi que le prévoit l'accord de 1993 en son article 14.2, des projections actuarielles sont réalisées de 3 ans en 3 ans depuis 1994. L'étude réalisée en 2020 sur la base des données de 2019, permet de disposer d'un état des lieux exhaustif de la situation et de la trajectoire du régime. Il résulte de cette étude actuarielle qu'à partir de 2022 les réserves connaîtront une augmentation régulière du fait d'un financement structurellement supérieur aux charges. Cela s'explique essentiellement par le fait que ce financement est réalisé sur une masse salariale en groupe ouvert pour des prestations qui concernent un groupe fermé.

Si la constitution de réserves est nécessaire pour permettre de sécuriser le régime celles-ci doivent s'inscrire dans une juste proportion.

À ce titre, les parties signataires ont souhaité réajuster les paramètres afin de trouver un point d'équilibre qui prenne en compte à la fois une revalorisation des prestations et un ajustement des cotisations appelées.

Article 1^{er} | Modification de l'article 3 « Durée d'application »

Au dernier paragraphe de l'article 3 du protocole d'accord du 24 décembre 1993, la référence à l'article 15 est supprimée.

Article 2 | Modification de l'article 13.2.4 « Actualisation du différentiel »

Le paragraphe de l'article 13.2.4 du protocole d'accord du 24 décembre 1993, est modifié et remplacé par la disposition suivante :

« À compter du 1^{er} janvier 2020, la retraite différentielle à servir, telle que définie à l'article 13.2.3, sera actualisée chaque année et jusqu'à sa liquidation, sur la base du taux d'évolution du point AGIRC-ARRCO, par rapport à l'année civile précédente, sans que cette actualisation puisse être inférieure à 1 %. »

Article 3 | Modification de l'article 14.2 « Cas général »

Le 3^e paragraphe de l'article 14.2 du protocole d'accord du 24 décembre 1993 est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

« À compter du 1^{er} janvier 2020, la décision de revalorisation est prise par une commission paritaire du système différentiel, sur la base du taux d'évolution du point AGIRC-ARRCO, par rapport à l'année civile précédente, sans que cette revalorisation puisse être inférieure à 1 %. »

Article 4 | Modification de l'article 15 « Financement »

L'article 15 du protocole d'accord du 24 décembre 1993 est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

« La couverture des charges du système différentiel est assurée par une contribution des organismes employeurs calculée sur la base d'une cotisation correspondant à 2,01 % de la masse salariale brute.

À compter du 1^{er} octobre 2021, la cotisation visée au paragraphe précédent sera appelée à hauteur de 90 %.

La couverture des échéances en termes de trésorerie est définie et organisée dans l'accord prévu à l'article 3, dernier alinéa du présent texte.

Les montants sont calculés en fonction des charges estimées et des projections actuarielles, réalisées de 3 en 3 ans, la base de départ des études actuarielles étant constituée par une estimation de l'exercice 1994, puis par les résultats dudit exercice. »

Article 5 | Modification de l'article 17 « Clause de rencontre »

Le paragraphe de l'article 17 du protocole d'accord, est modifié et remplacé par la disposition suivante :

« À compter du 1^{er} janvier 2022, à l'issue de chaque étude actuarielle, les parties signataires conviennent de se rencontrer afin d'examiner l'opportunité de réviser les paramètres du système différentiel suivants :

- le financement du système visé à l'article 15 du protocole d'accord du 24 décembre 1993 ;

- l’indexation des prestations visée à l’article 13.2.4 et à l’article 14.2 du protocole d’accord du 24 décembre 1993 ;
- la périodicité de versement visées à l’article 14.2 du protocole d’accord du 24 décembre 1993 aux article 9.1, 9.2, 11.3, 13.3, et 13.4 ;
- le seuil de conversion en versement unique visé à l’article 14.2. »

Article 6 | Dispositions d’application

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en application sous réserve de l’agrément ministériel prévu par le code de la sécurité sociale, et ne vaut en aucun cas engagement unilatéral de l’employeur.

Il pourra être révisé dans les conditions légales fixées par le code du travail et dénoncé dans les conditions fixées à l’article 3 du protocole d’accord du 24 décembre 1993.

Fait à Montreuil, le 13 juillet 2021.

(Suivent les signatures.)

Accord professionnel national

BRANCHE DE LA TÉLÉDIFFUSION

(salariés, employés sous contrat à durée déterminée d'usage)

Accord du 15 septembre 2021

relatif aux salaires à compter du 1^{er} octobre 2021

NOR : ASET2150977M

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

ACCeS ;

STP ;

LOCALES TV ;

SMSP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

UNSA spectacle ;

Medias 2000 CFE-CGC ;

FASAP FO ;

F3C CFDT ;

SNM CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent accord s'applique :

- d'une part, aux employeurs exerçant une activité d'édition de services de communication audiovisuelle, diffusés par voie hertzienne terrestre, par câble, par satellite ou par tout autre réseau de communication électronique ou téléphonique, que ce soit en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer ;
- d'autre part, aux salariés employés sous contrats à durée déterminée d'usage concourant aux activités de conception, de production, de fabrication de programmes audiovisuels ou de service, et exerçant un métier figurant dans les listes 1 et 2 du titre IV de l'accord collectif national, branche de la télédiffusion, salariés employés sous contrat à durée déterminée d'usage.

Article 2 | Très petites entreprises

Conformément aux articles L. 2232-10-1 et L. 2261-23-1 du code du travail, les dispositions du présent accord sont adaptées aux caractéristiques des entreprises de moins de 50 salariés, il ne prévoit donc pas de dispositions spécifiques à des entreprises de cette taille.

Article 3 | Augmentation des salaires minima

Les barèmes de salaires bruts minima sont augmentés de 1,1 % à compter du 1^{er} octobre 2021.

La nouvelle grille des salaires minima est annexée à cet accord.

Article 4 | Prochaine réunion

La prochaine réunion de négociation annuelle sur les salaires interviendra avant le 30 juin 2022.

Article 5 | Extension

Les organisations signataires représentant les employeurs et les salariés conviennent de demander l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 15 septembre 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe Barème des salaires brut minima au 1^{er} octobre 2021

Liste 1

(En euros.)

Niveaux	Au 1 ^{er} août 2019		Au 1 ^{er} octobre 2020		Au 1 ^{er} octobre 2021 1,1 %	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2
1	105,49	110,71	106,44	111,70	107,61	112,93
2	122,10	128,20	123,20	129,36	124,55	130,78
3	133,19	139,85	134,39	141,11	135,87	142,66
4	144,30	151,51	145,59	152,87	147,20	154,55
5	160,94	168,99	162,39	170,51	164,18	172,38
6	183,14	192,30	184,79	194,03	186,82	196,17
7 1	199,79	209,78	201,59	211,67	203,81	213,99
7 2	255,29	268,05	257,59	270,46	260,42	273,43
8	gré à gré	gré à gré	gré à gré	gré à gré	gré à gré	gré à gré

Liste 2

(En euros.)

	Au 1 ^{er} août 2019	Au 1 ^{er} octobre 2020	Au 1 ^{er} octobre 2021	
Chorégraphe	277,50	280,00		283,08
Maître de ballet	277,50	280,00		283,08
Chef de file	160,94	162,39		164,18
Maître d'arme	133,19	134,39		135,87
Dessinateur artistique	133,19	134,39		135,87
Mannequin	111,00	112,00		113,23
Doublure lumière	105,44	106,39		107,56
Figurant	105,44	106,39		107,56
Silhouette	105,44	106,39		107,56
Cavalier	80,47	81,19		82,09
Chroniqueur	80,47	81,19		82,09
Participant	52,73	53,21		53,79

Liste

(En euros.)

	Au 1 ^{er} août 2019	Au 1 ^{er} octobre 2020	Au 1 ^{er} octobre 2021	
Chef d'orchestre				
(jusqu'à 8 musiciens)	255,29	257,58		260,42
(jusqu'à 14 musiciens)	316,3	319,19		322,70
(plus de 14 musiciens)	377,39	380,79		384,98
Chef de cœur	255,29	257,58		260,42
Artiste soliste				
(directe ou publique)	166,50	167,99		169,84
(répétition ou enreg. différé)	105,44	106,39		107,56
Musicien				
(directe ou publique)	116,55	117,60		118,89
(répétition ou enreg. différé)	99,90	100,80		101,91
Artiste musicien choriste				
(directe ou publique)	105,44	106,39		107,56
(répétition ou enreg. différé)	88,80	89,60		90,59
Traducteur interprète	cf. barèmes professionnels	cf. barèmes professionnels		

Directeur de la publication : Pierre Romain

165210410-001021

Direction de l'information légale et administrative

ISSN 2266-145X
